

Université de Montréal

Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en
milieu gériatrique

Par

Jouhayna Zahreddine

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise individualisée (M. Sc.)
option vieillissement, santé et société

Mars 2010

©Jouhayna Zahreddine, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en
milieu gériatrique

Présenté par :

Jouhayna Zahreddine

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Anne Bourbonnais
présidente-rapporteur

Annette Leibing
directrice de recherche

Jean-Pierre Lavoie
membre du jury

Résumé

Problématique : Dans un contexte de vieillissement de la population et de complexification des besoins de santé, travailler en interdisciplinarité est devenu une nécessité pour prodiguer des soins de qualité aux personnes âgées vulnérables. Les avantages de l'interdisciplinarité sont connus mais son intégration dans la pratique des professionnels de la santé se vit parfois difficilement. La compréhension de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières est un élément majeur d'une pratique de collaboration interprofessionnelle réussie, mais ce sujet a été peu étudié, encore moins en milieu gériatrique.

Méthodologie : Le but de cette étude était d'explorer la perception de l'interdisciplinarité des infirmières dans le cadre d'une étude qualitative exploratoire. Les données ont été collectées grâce à sept entrevues semi-dirigées et une discussion de groupe. La méthode de Tesch (1990) fut utilisée pour l'analyse des données et une représentation de la perception fut élaborée.

Résultats : Pour les participantes, l'interdisciplinarité est perçue comme un processus d'équilibre parfois difficile entre leur désir d'affirmer leur identité professionnelle et leur désir de collaborer et de travailler en synergie avec les autres intervenants, et ce pour le bien-être de la personne âgée. Elles trouvent que l'apport de l'infirmière à l'équipe interdisciplinaire est indispensable et que sa disponibilité et sa proximité du patient lui donne un statut privilégié pour être le pivot au sein de l'équipe interdisciplinaire. Elles soulignent aussi que la vulnérabilité de la clientèle et l'absence du proche-aidant lors des réunions interdisciplinaires poussent les infirmières à jouer le rôle de porte-parole de la personne âgée. Elles identifient unanimement la communication comme l'élément déterminant d'une collaboration réussie. Elles ajoutent que le leadership, la compétence et l'expérience de l'infirmière sont des déterminants importants pour une interdisciplinarité réussie, alors que la présence du désir de collaborer et le respect mutuel doivent être présents chez tous les intervenants de l'équipe pour collaborer harmonieusement. Par ailleurs, parmi tous les facteurs structurels et organisationnels, seule la pénurie des ressources professionnelles a été identifiée comme un déterminant ayant une incidence sur le travail interdisciplinaire.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, infirmières, perception, gériatrie, interdisciplinarité

Summary

Problem: In the context of an ageing population and of the complexification of health needs, working in interdisciplinarity became a necessity to give quality care to the vulnerable older people. Advantages of working in interdisciplinarity are known but its integration in the practice of healthcare professionals is sometimes difficult. The understanding of the perception of interdisciplinarity by nurses is an important element for successful interprofessional collaboration, however this subject was little studied in general, even less in a geriatric context.

Methodology: The purpose of this exploratory qualitative study was to explore the perception of interdisciplinarity by nurses. Data were collected with seven semi-structured interviews and one group discussion. Tesch's method (1990) was used to analyze the data and a representation of nurses's perception was elaborated.

Results: Interdisciplinarity is perceived as a fragile balance process between participants' desire to assert their professional identity and their wish to collaborate and to work in synergy with the other professionals in the interest of older person's wellbeing. Participants consider nurses' contribution to the interdisciplinary team indispensable and that their availability and nearness to patients give them a privileged status making them the pivot of the team. They also underline that the vulnerability of older people and the absence of family caregivers during interdisciplinary meetings urge nurses to act as the older person's spokesman. They unanimously identify communication as the major element of a successful collaboration. They add that the leadership, the competence and the experience of nurses are important determinants of a successful interdisciplinarity, while the desire to collaborate and mutual respect have to be shown by all the team members to work harmoniously. Moreover, among all potential structural and organizational factors, only shortage of professional resources was identified as having an incidence on interdisciplinarity.

Key words : Interprofessional collaboration, nurses, elderly, perception, geriatric, interdisciplinarity

Table des matières

Résumé	iii
Summary	iv
Table des matières	v
Liste des abréviations	ix
Liste des figures	x
Liste des tableaux	xi
Dédicace	xii
Remerciements	xiii
L'avant-propos	xiv
Chapitre I : La problématique	1
But et questions de recherche	7
Chapitre II : La recension des écrits	9
Définitions de l'interdisciplinarité	10
Les différents modèles de l'interdisciplinarité	12
Le modèle de West, Borril et Unswort	12
Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire	13
Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle	14
Le modèle de Gitlin, Lyons et Kolodner	14
Le modèle de l'alliance interprofessionnelle	15
Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière	16
Le modèle de Miller	17

Le modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient	18
Le modèle d'Asmar.....	19
Les effets de l'interdisciplinarité.....	21
Facteurs influençant l'interdisciplinarité.....	24
La perception de l'interdisciplinarité de la part des intervenants.....	25
Facteurs influençant la perception de l'interdisciplinarité.....	28
Études visant l'exploration de la perception de la part des infirmières.....	29
Cadre de référence.....	32
Chapitre III : La méthodologie.....,,,	36
Type d'étude.....	37
Milieu.....	37
Échantillonnage.....	38
Critères de sélection.....	39
Recrutement des participantes.....	40
Déroulement de l'étude.....	41
Collecte des données.....	42
Analyse des données.....	45
Gestion des données.....	47
Considérations éthiques.....	48
Confidentialité.....	48
Libre consentement.....	49
Critères de qualité.....	50
La crédibilité.....	50
La transférabilité.....	50

L'imputabilité procédurale.....	51
Chapitre IV : Les résultats.....	52
Profil des participantes à l'étude.....	53
Présentation et analyse des résultats.....	55
L'interdisciplinarité : une source de richesse et un équilibre difficile.....	55
L'infirmière au sein de l'équipe interdisciplinaire : l'intervenant pivot.....	60
Les déterminants relationnels influençant l'interdisciplinarité.....	62
La communication.....	62
Le leadership.....	64
Le respect et la confiance mutuelle.....	65
La compétence et l'expérience	66
L'ouverture et la volonté de collaborer.....	67
Les déterminants structurels influençant l'interdisciplinarité.....	68
La disponibilité des ressources.....	68
Explication et analyse de la représentation.....	70
Chapitre V : La discussion.....	74
Les déterminants relationnels de l'interdisciplinarité.....	80
La communication.....	80
Le leadership.....	82
Le respect et la confiance mutuelle.....	83
La compétence et l'expérience.....	84
L'ouverture et la volonté de collaborer.....	85
Les déterminants structurels de l'interdisciplinarité.....	86
La disponibilité des ressources.....	86
Limites de l'étude et pistes pour la recherche.....	91

Implications et recommandations de la recherche	92
Références.....	95
Annexe A : Formulaire de consentement	105
Annexe B : Certificat du Comité d'éthique de la recherche.....	111
Annexe C : Guide d'entrevue	114
Annexe D : Questionnaire socio-démographique.....	117

Liste des abréviations

BAC : Baccalauréat

DEC : Diplôme d'étude collégiale

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

FIIQ : Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

GMF : Groupe de médecine familiale

FICCP : Formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient

IUGM : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PAB : Préposé aux bénéficiaires

Liste des figures

Figure 1. Le modèle de West, Borril et Unsworth.....	13
Figure 2. Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire.....	14
Figure 3. Le modèle de Gitlin, Lyons et Kolodner.....	15
Figure 4. Le modèle de l'alliance interprofessionnelle	16
Figure 5. Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière....	17
Figure 6. Le modèle de Miller.....,	18
Figure 7. Le modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient.....	19
Figure 8. Le modèle de la collaboration interprofessionnelle entre les NP et les médecins.....	30
Figure 9. La conceptualisation de la pratique infirmière en GMF.....	31
Figure 10. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle.....	34
Figure 11. La représentation de la perception de l'interdisciplinarité.....	71

Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation des différents modèles.....	20
Tableau 2 : Tableau récapitulatif du profil des participantes.....	54

A mon grand-père « Jiddo Abboudi »

*Pour avoir ouvert mes yeux sur la réalité du vieillissement
et suscité mon intérêt pour la gériatrie.*

Remerciements

Je désire remercier au début ma directrice Annette Leibing pour son aide précieuse, son calme rassurant ainsi que son soutien tout au long de cette aventure.

Je remercie aussi toutes les infirmières qui ont accepté de participer à cette étude, sans leur précieuse participation active, ce projet n'aurait jamais vu le jour.

Merci aux membres du comité scientifique, Mme Francine Ducharme et Mme Denise Malo, pour leur contribution à la réalisation de ce projet par leurs conseils judicieux.

Je remercie Jean-Pierre Lavoie, co-directeur du programme VSS, pour m'avoir guidée dans mes choix au début de ce projet quand tout devant moi était brumeux.

Merci à Michèle Charland, ma mère adoptive dans ce programme, pour son support pendant les moments difficiles, et Dieu sait qu'ils étaient nombreux.

Je salue le personnel de la bibliothèque de l'IUGM, surtout Audrey pour l'aide très appréciée dans la recherche documentaire.

Je tiens absolument à remercier du fond du cœur toute ma famille qui m'a soutenue durant cette épreuve de toutes les façons possibles et imaginables.

Maman et papa, merci pour votre encouragement continu, pour toutes les journées que vous avez passées à garder ma petite afin que je puisse finir cette étude et pour votre soutien durant toutes mes années d'étude.

Joseph, mon amour, merci d'être toujours à mes côtés, d'avoir soutenu mes décisions et pour avoir cru en tout temps que je finirais ce projet quand moi-même j'avais de forts doutes.

Mon petit Ange et précieux trésor, *Julia*, qui avec ta naissance tu m'as fait réaliser les choses importantes de la vie.

L'avant-propos

Touchée profondément par l'état de mon grand père qui souffrait de la maladie d'Alzheimer et fascinée par les habiletés, l'engagement et le dévouement des infirmières qui prenaient soin de cette clientèle, j'ai été attirée vers la gériatrie.

Le programme Vieillissement Santé et Société m'a offert, non seulement d'approfondir mes connaissances sur les enjeux médicaux, sociaux, organisationnels et éthiques du vieillissement, mais de savourer le plaisir de travailler en équipe avec des gens de différentes disciplines intéressés par la personne âgée.

Ce programme pluridisciplinaire m'a permis de découvrir de nouveaux champs d'intérêt, des nouvelles connaissances et de nouveaux horizons. Nos échanges dynamiques en groupe, le feed-back des autres, l'exposition à différents points de vue...nous emmenaient non seulement à sortir le meilleur de nous même, mais aussi de bien pouvoir le communiquer à des personnes qui ne connaissaient pas nécessairement bien notre discipline et ne partageaient pas la même vision. Ceci est vrai au travail aussi où, plus d'une fois, l'équipe interdisciplinaire a dénoué des problématiques complexes où jamais une seule discipline n'aurait pu résoudre. Mais il ne faut pas se le cacher que ces belles expériences ne font pas partie prenante de notre réalité de tous les jours. Combien de fois les intervenants ont vécu en interdisciplinarité des divergences d'opinions et de perception des expériences tellement désagréables qu'elles sont presque parvenues à les désintéresser et les désengager de la collaboration interprofessionnelle. Des situations où les guerres de pouvoir, de territoire et de statut, le manque d'ouverture, la rigidité et la méconnaissance des autres ont brisé la volonté de collaborer entre les professionnels.

Je ne suis pas la seule... en gériatrie, à cause de la spécificité même de cette clientèle la collaboration de plusieurs disciplines est fondamentale...mais est-ce qu'on le fait par conviction ou par obligation? On s'intéresse à connaître les valeurs, les opinions des autres professionnels de l'interdisciplinarité, mais comment nous les infirmières en gériatrie, nous voyons et vivons cela? Quelle est à partir de nos expériences, la formule magique d'une interdisciplinarité motivante et fructueuse? Quel sens nous donnons à cette pratique...? La littérature n'a pas vraiment répondu à mes questionnements, je voulais aller plus en profondeur et mieux comprendre...Satisfaire ce besoin m'a poussé à avoir ma première expérience dans le monde fascinant de la recherche et à mener cette étude...

Chapitre I
La problématique

Au cours du XX^e siècle, le contexte sociodémographique des pays développés s'est grandement modifié. Le Canada et le Québec ne font pas exception. Alors que les personnes de 65 ans et plus constituaient environ 5% de la population québécoise pendant le premier tiers du XX^e siècle, elles forment actuellement 13% de la population et elles atteindront près de 30% en 2051. Dans 25 ans, un québécois sur quatre sera âgé d'au moins 65 ans, alors que les jeunes verront leur part se rétrécir (Légaré, 2003).

Le vieillissement est perçu par la majorité des experts comme un défi de taille. Plus la population vieillit, plus les dépenses de santé par personne augmentent (Légaré, 2003). Certaines maladies associées au vieillissement, telles que les maladies cardiovasculaires, les pathologies respiratoires et les troubles cognitifs, sont souvent chroniques et dégénératives. La clientèle plus âgée et plus malade demande des soins plus complexes et continus. La qualité de vie des personnes vieillissantes, de même que la qualité des soins qui leur sont dispensés, deviennent un enjeu majeur du système de soins et interpellent l'ensemble de l'organisation des soins et des services (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec [FIIQ], 2001; Ivey, Brown, Teske & Siverman, 1988).

Parallèlement au vieillissement de la population, le développement de la recherche et de la spécialisation a fait des pas gigantesques depuis quelques années. Malgré son caractère positif, ce développement a conduit à la fragmentation des savoirs en des savoirs plus pointus, précis et spécialisés (Voyer, 2000). Dans un contexte d'éclatement des savoirs et afin de répondre à la complexité des besoins de la personne et aux exigences des administrateurs, la collaboration entre les différentes disciplines est devenue fondamentale et nécessaire (Asmar, 2007; Camiré, 2005; De Coninck 1996; Voyer, 2000) et c'est pourquoi le travail interdisciplinaire a commencé à faire partie intégrante de la pratique des intervenants de la santé.

D'une autre part, la fragilité de l'état de santé des personnes âgées explique en grande partie la nécessité d'avoir recours à plusieurs disciplines pour intervenir auprès de cette clientèle (Lebel et al., 1999). En plus de cette fragilité, la polypathologie des

personnes âgées, la complexité de leurs syndromes et la nécessité d'une approche globale bio-psycho-sociale, incluant la famille et l'environnement, dans le respect des valeurs et croyances de la personne âgée font en sorte que l'intervention et la collaboration de plusieurs professionnels de différentes disciplines deviennent nécessaires et indispensables (Engelstein, 2005).

En parallèle à cette réalité, au Québec, l'entrée en vigueur de la loi 90 en 2003 sur les activités professionnelles a provoqué un changement dans la pratique des professionnels de la santé. Onze catégories de professionnels, dont les infirmières, sont amenées à partager des activités jusqu'ici réservées à une seule profession. La loi 90 crée une situation d'interdépendance et d'interrelation entre les professionnels qui gravitent autour du patient et « un contexte fondé sur une collaboration interprofessionnelle mature et bien comprise par les différents intervenants, une dynamique de travail qui fait appel à une philosophie d'équipe et non de concurrence. » (Office des professions du Québec [OPQ], 2003, p. 29). Cette loi fournit ainsi un cadre législatif favorisant la philosophie de collaboration interdisciplinaire. La combinaison de tous ces facteurs a fait en sorte que l'interdisciplinarité soit devenue aujourd'hui une nécessité incontournable et une réalité dans la pratique quotidienne des professionnels, notamment en milieu gériatrique.

L'interdisciplinarité est un concept relié à la notion du travail d'équipe. Selon le degré de collaboration, d'intégration et de contribution de chacun des professionnels au travail de l'équipe, l'interdisciplinarité se situe sur un continuum allant de l'équipe multidisciplinaire à l'équipe transdisciplinaire (Manière, Aubert, Mourey, & Ouata, 2005; Voyer, 2000, 2006). La multidisciplinarité et la pluridisciplinarité correspondent au travail de l'équipe où les différents savoirs se juxtaposent et se combinent pour une meilleure efficacité (Ivey et al., 1988; Manière et al., 2005; Voyer, 2006), tandis que la transdisciplinarité est la situation dans laquelle les interactions entre les différentes disciplines sont tellement fondamentales qu'elles aboutissent à la création d'une nouvelle discipline telle que la psychogériatrie ou sociogérontologie (Voyer, 2006).

Plusieurs chercheurs ont tenté de définir l'interdisciplinarité. Quelques-uns utilisent aussi le terme d'*interprofessionalité* ou de *collaboration interprofessionnelle* pour parler de l'interdisciplinarité. Cependant, il faut noter que certains auteurs soulignent une légère nuance entre ces termes; ils utilisent le terme interdisciplinarité quand ils parlent du développement des disciplines et le terme de collaboration interprofessionnelle pour ce qui concerne les pratiques (D'Amour, 1997). Dans le cadre de cette étude, ces trois termes vont être considérés comme étant synonymes.

Pour plusieurs, l'interdisciplinarité se situe à mi-chemin entre la multidisciplinarité et la transdisciplinarité (Manière et al., 2005; Voyer, 2006). Indépendamment des différentes formulations présentées dans les écrits pour définir l'interdisciplinarité, un certain consensus s'est établi sur ses principales caractéristiques, soit la construction commune d'un objet et la collaboration (Asmar, 2007; D'Amour, 2001; Ivey et al., 1988; Saillant, 1999). Parallèlement à l'importance accordée au travail interdisciplinaire dans les écrits, pour plusieurs auteurs, ce dernier ne constitue pas un remplacement ou un rejet du travail disciplinaire, mais au contraire, une source d'enrichissement mutuel de toutes les disciplines par la jonction des expertises mises au service du client (D'Amour, 1997; Fourez, 2001; Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003).

Le rôle et la participation des infirmières dans le travail interdisciplinaire sont primordiaux et essentiels à sa réalisation (D'Amour, 1999; FIIQ, 2001; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2001; Voyer, 2000; Wylie, 1994). Le rôle pivot de l'infirmière dans le contexte du travail interdisciplinaire est incontestable et incontournable comme le reconnaissait la Ministre de la santé et des services sociaux lors d'une allocution prononcée à Montréal, le 1er décembre 2000 sur les réseaux de services à la population (FIIQ, 2001; OIIQ, 2001). Selon Voyer (2000), l'importance de la contribution de la profession infirmière aux équipes interdisciplinaires réside dans sa capacité de tracer un portrait complet du client qui permet de noter son progrès. Ceci est possible grâce aux confidences du client et au contact privilégié avec les familles qui se révèlent un apport important à l'équipe interdisciplinaire (Wylie, 1994).

Par ailleurs, la participation active de l'infirmière dans l'équipe interdisciplinaire et sa perception positive a un effet direct sur la réussite de l'interdisciplinarité. Les résultats d'une étude comparative effectuée dans quatre différents pays indiquent que, dans les centres où les infirmières valorisent l'interdisciplinarité, on retrouvait une plus grande participation de toutes les autres disciplines, une meilleure communication entre les membres de l'équipe ainsi qu'une amélioration de l'état de santé des patients (Hojat et al., 2003).

De plus, les équipes interdisciplinaires sont associées à une réduction des coûts des services de santé, à une amélioration des soins auprès des clients et à une augmentation de la satisfaction au travail des professionnels (Asmar, 2007; D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003; Hojat et al., 2003; Ivey et al., 1988; Oandasan et al. 2004; Roy & Sylvain, 2004; San Martin Rodriguez, D'Amour & Leduc, 2007; Voyer, 2000). Le travail interdisciplinaire représente une opportunité de croissance et d'enrichissement individuel et collectif (Cooper 1989 cité dans Kérouac et al., 2003; Fortin, 1996).

Par ailleurs, il semble que le travail interdisciplinaire soit le meilleur outil de mobilisation des compétences des acteurs en soins de longue durée (Manière et al., 2005). D'une part, il est considéré comme la pierre angulaire de l'intervention auprès de la clientèle vulnérable (Roy & Sylvain, 2004), et, d'autre part, une condition essentielle dans le champ de recherche sur le vieillissement (Manière et al., 2005). Dans le même ordre d'idées, l'interdisciplinarité en gériatrie semble être l'outil de choix pour la construction des connaissances chez les professionnels de la santé et la recherche de changement en soins infirmiers (Camacho, 2002). De plus, elle est tellement fondamentale dans la pratique infirmière en milieu gériatrique qu'elle est classée parmi les compétences infirmières en ce contexte spécifique (Avet, 2008)

Plusieurs intervenants, tous comme l'étudiante-chercheuse, trouvent que le travail interdisciplinaire a plusieurs avantages. Il est enrichissant et motivant puisque

l'interaction avec d'autres professionnels de différentes disciplines nous fait prendre connaissance de nouveaux champs d'intérêt et de nouvelles perspectives en bonifiant nos savoirs et en élargissant nos horizons. Mais, en réalité les intervenants peuvent aussi vivre en travail interdisciplinaire des expériences décourageantes et moins agréables. Son application dans la pratique de tous les jours est parfois difficile et ils peuvent ressentir un écart entre le discours et la réalité. Cette impression a été appuyée dans les écrits. Pour plusieurs auteurs, l'intégration de l'interdisciplinarité est source de difficultés (Asmar, 2007; D'Amour, 1997; Manière et al., 2005; Voyer, 2000) Elle engendre parfois des frustrations et des tensions (Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002), certains n'ont pas hésité de parler d'une « crise » (Manière et al., 2005) et de la « souffrance » des professionnels de la santé face à leurs difficultés particulièrement en gériatrie (Landry, 1999). Ces écrits corroborent l'avis de D'Amour (1999) et Fortin (1996) sur le fait que la collaboration interprofessionnelle oscille, encore à ce jour, entre le rêve et la réalité.

Selon Manière et al. (2005), l'interdisciplinarité comporte plusieurs risques et limites surtout au niveau de la notion de responsabilité. Parmi ces risques, les auteures soulignent la possibilité de *la dilution de responsabilité* résultant de l'interdisciplinarité d'où l'importance de s'assurer qu'une décision de groupe ne remplace pas la responsabilité individuelle de chaque professionnel. Dans le même ordre d'idées, l'équipe interdisciplinaire ne se substitue pas à la personne et à sa famille, ce qui pourrait constituer un problème éthique en milieu gériatrique à cause de la vulnérabilité et de la fragilité des personnes âgées. Les mêmes auteures soulignent, par ailleurs, que l'interdisciplinarité peut être gravement compromise par des luttes de pouvoir, où des luttes entre les disciplines qui transforment la collaboration en compétition et en hiérarchisation la vidant de tout sens et de sa raison d'être.

Pour réussir l'interdisciplinarité et favoriser son intégration au sein des équipes, il doit exister un lien de confiance entre les partenaires, ainsi qu'un partage de pouvoir et de responsabilités dans un contexte d'égalité (D'Amour, 1999). La différence dans les perceptions est une source de richesse, mais peut devenir contraignante si elle n'est pas

accompagnée d'un partage et d'une compréhension mutuels (Kérouac et al., 2003).

Pour Voyer (2000), il est primordial pour les membres d'une équipe interdisciplinaire de discuter de leurs conceptions et perceptions personnelles du travail d'équipe selon un cadre de référence commun et, si cela n'est pas fait, il faut s'attendre à des conflits. Selon le même auteur (Voyer, 2006) les principaux problèmes de fonctionnement des équipes surviennent à la suite de difficultés liées à des perceptions différentes, à de la confusion dans les rôles ou même à une incompréhension du travail des autres, d'où l'intérêt et l'importance pour les professionnels de la santé de clarifier leur vision de l'interdisciplinarité, leur conception personnelle et d'avoir un cadre de référence commun.

Quant à Fourez (2001), il souligne l'importance majeure de représenter nos perceptions dans une discipline scientifique en général, mais en sciences infirmières en particulier. Il ajoute que les perceptions et les représentations conceptuelles sont pertinentes puisqu'elles nous permettent de délibérer adéquatement des décisions soutenant nos actions dans une situation complexe.

Si la compréhension claire et mutuelle de la perception du phénomène de l'interdisciplinarité est un élément clé à sa réussite au sein d'une équipe et que les infirmières occupent une place importante au sein de cette équipe, alors l'exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières devient une exigence et un élément incontournable de la collaboration interprofessionnelle. Ceci est encore plus vrai dans un contexte de soins aux personnes âgées où l'interdisciplinarité est devenue une nécessité pour répondre aux besoins de cette clientèle.

But et questions de recherche

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer la perception du travail interdisciplinaire de la part des infirmières dans un milieu gériatrique. Afin d'atteindre ce but, trois questions de recherche ont été posées :

- 1) Comment les infirmières voient-elles leur apport au travail interdisciplinaire?
- 2) Comment les infirmières expliquent-elles le fonctionnement et le cheminement d'une interdisciplinarité réussie au sein d'une équipe?
- 3) Quels sont, selon les infirmières, les facteurs influençant l'interdisciplinarité en gériatrie?

Plusieurs études ont traité le sujet de l'interdisciplinarité en explorant son efficacité, sa contribution à la qualité des soins fournis au client, ses différents enjeux ainsi que les différents facteurs influençant son intégration dans la pratique. Quelques études ont traité les différents facteurs qui influencent la perception de l'interdisciplinarité de la part des différents professionnels dans des contextes déterminés. Ci-après, une recension des écrits expose les différents aspects de ce sujet qui ont fait l'objet de recherches et souligner le manque de connaissances sur ce phénomène.

Chapitre II

Recension des écrits

Ce chapitre comprend la recension des écrits pertinents à cette étude. La première section rapporte les écrits empiriques sur l'interdisciplinarité, entre autres, les différents modèles ainsi que les effets de l'interdisciplinarité et les différents facteurs qui l'influencent, et certains aspects de la perception de l'interdisciplinarité de la part des intervenants. La deuxième section présente le cadre de référence de l'étude, c'est-à-dire le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour (1997).

Nous soulignons que la revue de la littérature s'est faite à l'aide des moteurs de recherche CINAHL et MedLine. La référence des articles sélectionnés ont été passées en revue afin de trouver d'autres articles pertinents reliés au sujet. Des livres de référence ont également été consultés.

Face à l'éclatement des savoirs, la complexification des besoins de santé des personnes, le vieillissement de la population, la pénurie des ressources dans le domaine de la santé... prodiguer des soins de santé de qualité est devenu un défi gigantesque. L'idée de travailler en équipe et de conjuguer et d'harmoniser réellement la compétence et l'expérience des différents professionnels est proposée comme solution pour améliorer l'efficacité et l'efficience des soins offerts. Ainsi, depuis quelques années, l'interdisciplinarité est devenue un sujet populaire dans les discours et les écrits ainsi que dans les recherches en sciences de la santé.

Définitions de l'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est un phénomène complexe, dont les définitions sont encore vagues, imprécises et variables (Asmar, 2007). Il est intéressant de savoir que le terme *interdisciplinarité* est relativement jeune puisqu'il figure dans les dictionnaires que depuis 50 ans, alors que présentement nous l'utilisons quotidiennement et partout (Fourez, 1998). Pour commencer, le préfixe *inter* qui existe dans toutes les expressions utilisées, qu'elles soient *interdisciplinarité*, collaboration *interprofessionnelle*, collaboration *interdisciplinaire* ou même *interprofessionnalité*, signifie *entre* ou *lien* et il introduit déjà la notion de relation réciproque (Manière et al., 2005).

Plusieurs auteurs résument l'interdisciplinarité comme un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun (Asmar, 2007), par un processus interprofessionnel de communication et de prise de décision qui permet aux connaissances et aux aptitudes distinctes et partagées d'influencer de façon synergique les services offerts (Way, Jones & Busing, 2000). Parmi la multitude des définitions recensées dans la littérature, la définition de D'Amour (1997) a été retenue puisqu'elle me paraît la plus générique étant donné qu'elle met l'accent sur la collaboration interprofessionnelle comme processus et insiste sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes. Sa définition se résume comme étant :

Un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients...c'est la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. (p. 104)

Mais, tel que déjà mentionné et indépendamment des différentes définitions recensées dans les écrits, un certain consensus s'est établi sur les principales caractéristiques de l'interdisciplinarité, soit la construction commune d'un objet et la collaboration (Asmar, 2007; D'Amour, 2001; Ivey et al., 1988; Saillant, 1999) et que les notions de processus évolutif et de synergie entre les membres sont omniprésentes (Asmar 2007; D'Amour, 1997; Way et al., 2000;).

Suite à ces définitions, nous partageons l'avis de D'Amour, Beaulieu, San Martin Rodriguez et Ferrada-Videla (2004) sur l'importance de combiner plusieurs théories afin de mieux comprendre le phénomène de l'interdisciplinarité qui au départ a existé à cause de la combinaison de différents points de vue visant un but commun. Pour ce faire, une présentation de quelques modèles représentant ce phénomène et issus de

différentes théories nous aide à clarifier le concept clé de cette étude.

Les différents modèles de l'interdisciplinarité

Plusieurs auteurs ont élaboré des représentations de l'interdisciplinarité en se basant sur différentes théories et une multitude de modèles est répertoriée dans les écrits. Parmi les différents modèles, le Comité national d'experts pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient a élaboré le modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient le *FIPCCP* (Oandasan & D'Amour, 2004). Dans le cadre de l'élaboration de ce modèle effectué pour Santé Canada les chercheuses D'Amour et al. (2004) ont soigneusement choisi sept différents modèles de collaboration interprofessionnelle selon des critères précis permettant d'identifier la force et la solidité des modèles. Elles les ont aussi regroupés en fonction de leur appartenance aux différentes théories soient organisationnelles, sociologiques et de l'échange. En plus de décrire brièvement ces sept modèles et le modèle de FIPCCP, j'ai choisi de présenter un nouveau modèle influencé par les écrits d'Oandasan et D'Amour (2004) et élaboré par Asmar (2007) dans sa thèse doctorale.

Le modèle de West, Borril et Unsworth

Ce modèle est issu des théories organisationnelles (Figure 1). Il tient compte de plusieurs variables liées au processus de rendement, à la performance ainsi qu'à la tâche. Ce modèle a été expérimenté à différentes reprises au Royaume-Uni en 2002 afin d'identifier les conditions propices à un travail d'équipe efficace et d'en évaluer l'impact sur la qualité des soins en oncologie (D'Amour et al., 2004).

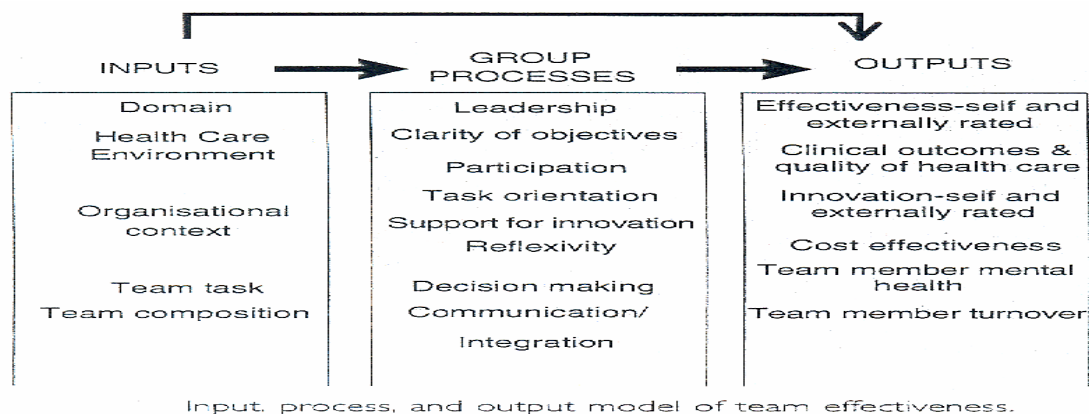


Figure 1. Le modèle de West, Borril et Unsworth (tiré de D'Amour et al., 2004, p. 72).

Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire

En 2002, Sicotte, en collaboration avec D'amour et Moreault, élabore un modèle analytique de la collaboration interdisciplinaire qui est le Québec CHCC collaborative model (Figure 2). Ce modèle, inspiré des travaux de Gladstein (1984), qui tire également son origine des théories organisationnelles, permet d'identifier les facteurs qui limitent ou qui favorisent la collaboration interdisciplinaire et découle d'une étude auprès de 146 CLSC au Québec. Les auteurs ont étudié des variables reliées au processus intragroupe tels la croyance en la collaboration, l'intégration sociale dans le groupe, le degré de conflit associé avec la collaboration et l'accord avec les logiques disciplinaire et interdisciplinaire. Les données ont été analysées en termes d'intensité de collaboration, en se basant sur le degré de la coordination interprofessionnelle et du partage des activités. Les résultats de cette étude démontrent que la collaboration interprofessionnelle dépend des croyances et des valeurs contradictoires qui peuvent, à la fois, faciliter et contraindre l'interdisciplinarité ainsi que l'importance de résoudre les conflits à tous les niveaux (D'Amour et al., 2004).

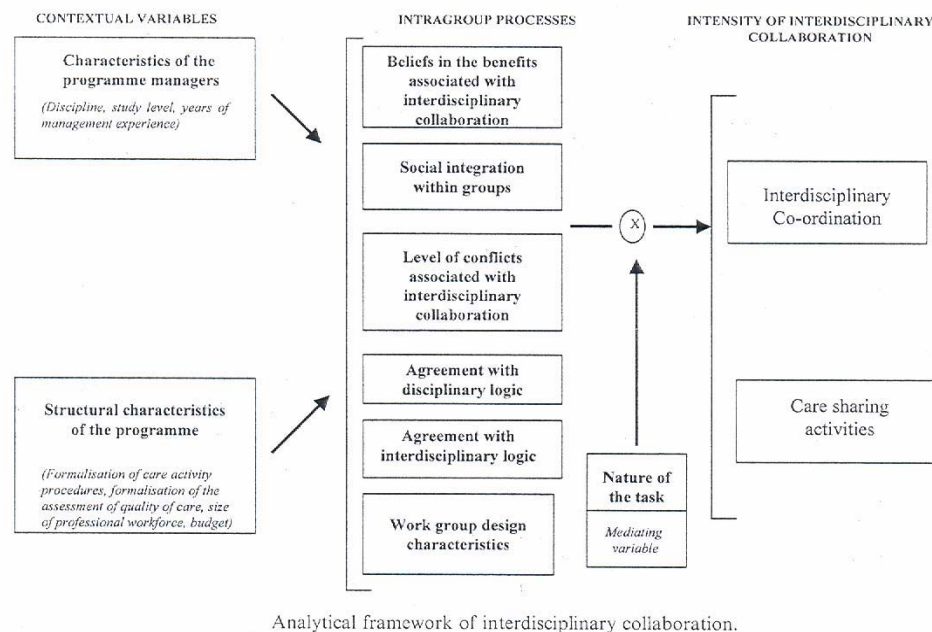


Figure 2. Le Québec CHCC collaborative model de Sicotte et al. (Tiré de D'Amour et al., 2004, p. 73).

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle

L'infirmière-chercheuse Danielle D'Amour a mené plusieurs études sur la collaboration interprofessionnelle surtout dans les services de santé de première ligne et dans un contexte organisationnel. Dans sa thèse doctorale (1997), D'Amour élabore le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle qui fournit une base pour l'analyse des différentes dynamiques au sein des équipes. Ce modèle est issu de la sociologie des organisations et a été utilisé dans les CLSC au Québec. Dans ce modèle, l'auteure divise le processus de collaboration en quatre dimensions qui s'influencent mutuellement, ces dimensions étant : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. (D'Amour et al., 2004). Ce modèle sera décrit plus en détail dans la section cadre de référence.

Le modèle proposé par Gitlin, Lyons et Kolodner

Ce modèle utilise la théorie de l'échange pour analyser la collaboration interprofessionnelle en se basant sur l'hypothèse qu'il est possible de comprendre les

structures sociales par une analyse transactionnelle des relations interpersonnelle (Figure 3). L'échange et la négociation constituant les deux concepts de base de cette théorie. L'échange étant une procuration réciproque d'une série d'avantages entre le groupe et les individus qui le constituent. Quant à la négociation, elle réside dans l'offre d'expertise d'un individu à un groupe dans l'attente d'un avantage en retour, afin de réduire les coûts et d'améliorer les conditions pour tous. Les auteurs étendent cette théorie à un modèle en quatre paramètres soit, l'échange, la négociation, la loyauté et la différenciation des contributions. (D'Amour et al., 2004).

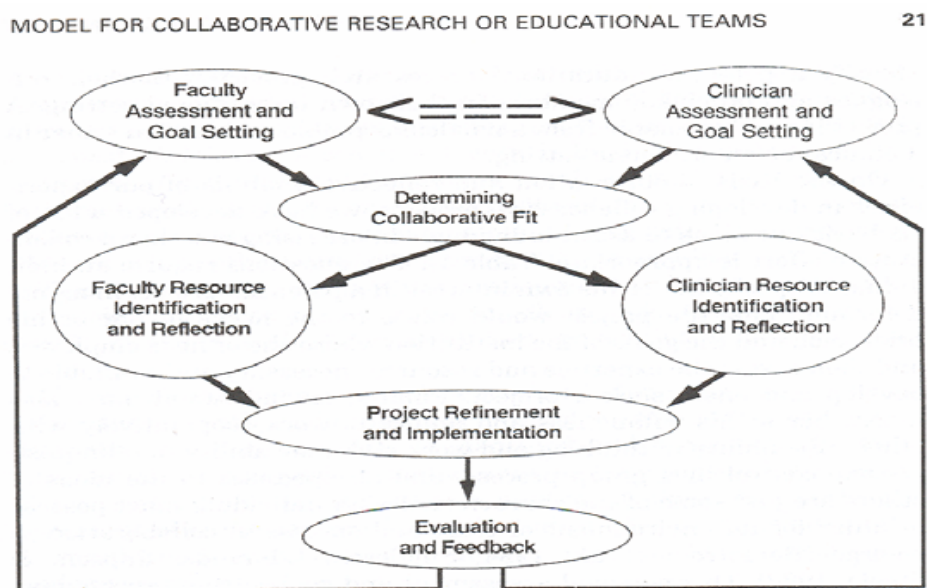


FIGURE 1 Five-stage model of collaboration.

Figure 3. Le modèle proposé par Gitlin, Lyons et Kolodner (tiré de D'Amour et al., 2004, p. 76).

Le modèle de l'alliance interprofessionnelle

Ce modèle proposé par Hayward, DeMarco et Lynch (2000) est basé sur les travaux de Gitlin (1994, cité dans D'Amour et al., 2004) et ceux de DeMarco, Horowitz et McLoed (cité dans Hayward et al., 2000). Ce modèle (Figure 4) est une combinaison du modèle en cinq étapes de Gitlin qui traite du processus itératif dans un contexte de collaboration et du modèle de l'alliance de DeMarco, Horowitz et McLoed qui traite des facteurs interpersonnels en jeu lors d'une interaction. Cependant, ce modèle n'ayant pas été expérimenté, il est difficile d'en analyser les retombées (D'Amour et al., 2004).

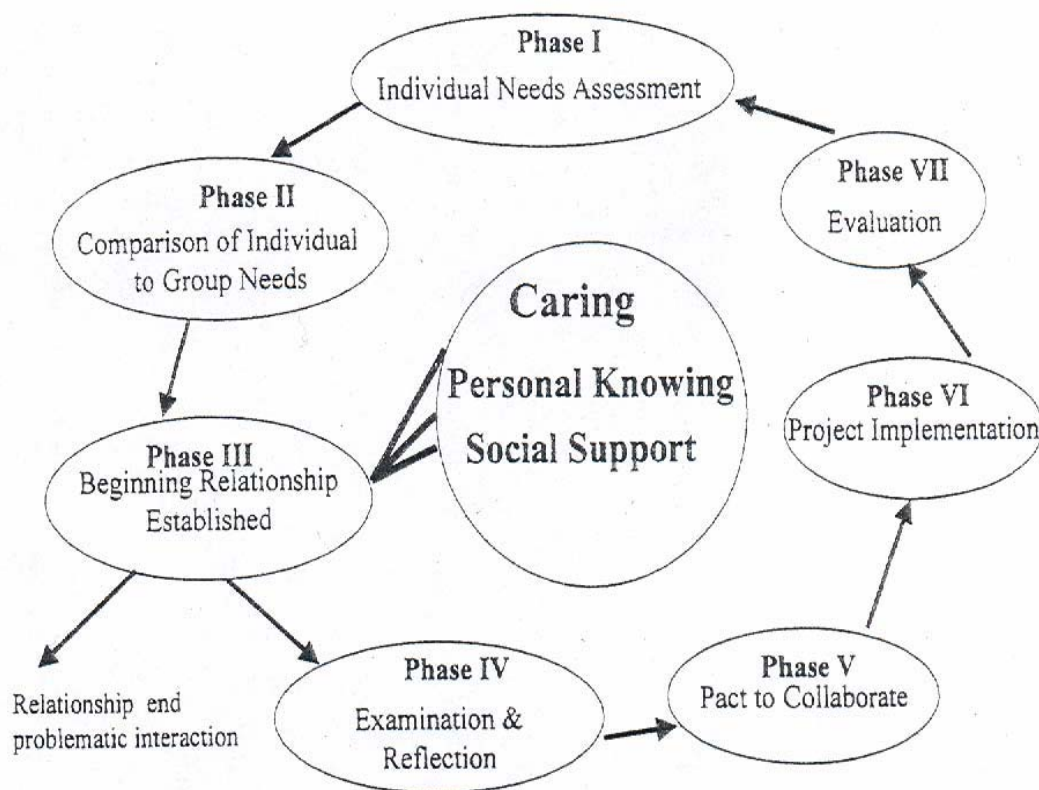
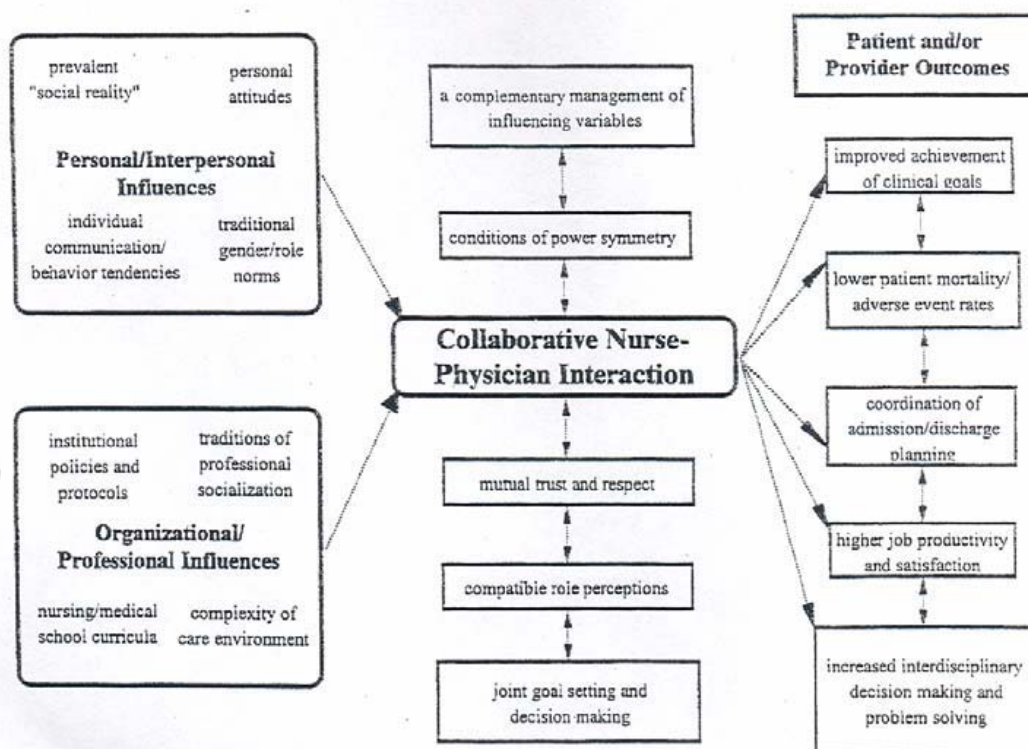


Figure 4. Le modèle de l'alliance interprofessionnelle (tiré de D'Amour et al., 2004, p. 77).

Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière

Ce modèle de Corser (1998), basé sur une revue de littérature et des données empiriques, tient compte des facteurs personnels et organisationnels influençant la collaboration (Figure 5). Selon Corser, pour avoir une collaboration qui a un impact positif sur les patients et les professionnels, une distribution équitable des pouvoirs entre médecins et infirmières est requise. Il est à noter que ce cadre n'a pas été validé (D'Amour et al., 2004).



Conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions.

Figure 5. Modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière (Tiré de D'Amour et al., 2004, p. 78).

Le modèle de Miller

Il a été élaboré à partir des résultats d'une recherche qualitative menée auprès de sages-femmes et de médecins (Figure 6). Tout comme celui de Corser cité précédemment, ce modèle est bi-disciplinaire et repose sur des données empiriques. Ce modèle décrit le cycle de collaboration entre sages-femmes, médecins et les clients en insistant sur l'importance de développer des relations de confiance et des activités génératrices de confiance faisant partie de l'éducation professionnelle (D'Amour et al., 2004).

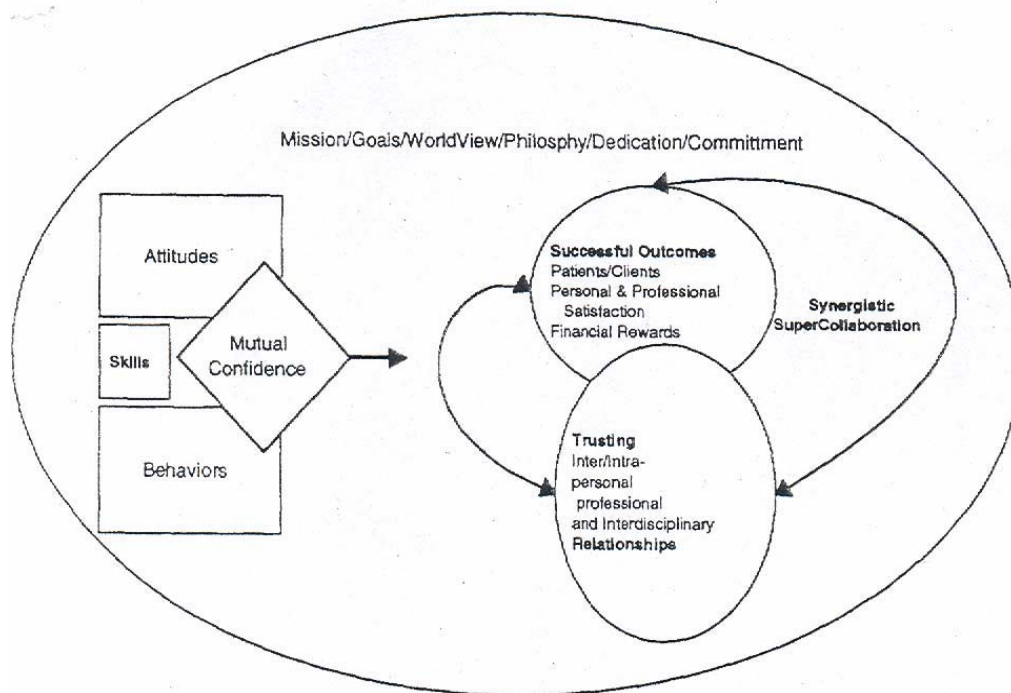


Figure 6. Le modèle de Miller (D'Amour et al., 2004, p. 79).

Modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FICCP) d'Oandasan et D'Amour (2004)

Tel que déjà mentionné, le FICCP a été proposé par le Comité national d'experts pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient et a été élaboré suite à une recension extensive d'études spécialisées et une analyse environnementale dans le cadre d'un travail effectué pour Santé Canada (D'Amour et al., 2004 ; Oandasan & D'Amour, 2004).

Ce modèle souligne l'interdépendance entre formation interprofessionnelle reçue par les étudiants et la pratique en collaboration. Il met en évidence trois catégories de facteurs (interactionnels, organisationnels et systémiques) qui affectent directement les l'apprentissage et la formation des professionnels de santé à devenir des praticiens collaborateurs d'une part, ainsi que les résultats de santé découlant de l'interdisciplinarité d'autre part, tout en plaçant le patient et l'intervenant au cœur de ce modèle (Oandasan & D'Amour, 2004).

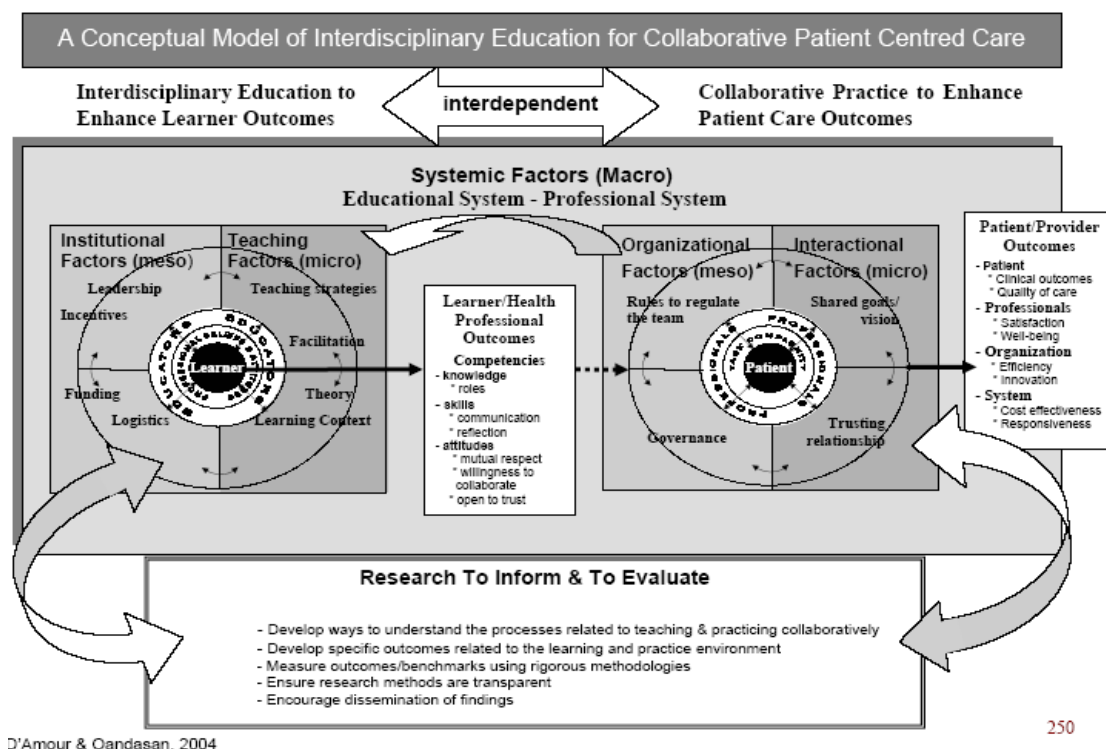


Figure 7. Modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (Oandasan & D'Amour, 2004, p. 250).

Le modèle d'Asmar (2007)

Un autre nouveau modèle élaboré par Asmar (2007), influencé par les écrits d'Oandasan et D'Amour (2004) et issu de la théorie du choix rationnel, semble être intéressant à présenter aussi. L'auteur souligne qu'il est important dans le cadre de la compréhension de l'interdisciplinarité de s'intéresser aux motifs altruistes et aux engagements moraux comme source de motivation de l'interdisciplinarité. Cette étude propose les résultats suivants : 1) la collaboration interdisciplinaire produit une plus grande satisfaction chez les intervenants de la santé parce qu'elle met en lien différentes professions et favorise une approche intégrée des services; 2) La collaboration interprofessionnelle pose aux gestionnaires le défi de diagnostiquer la collaboration ainsi qu'identifier les différentes interventions afin de la renforcer; 3) La collaboration interprofessionnelle favorise une approche holistique centrée sur les besoins spécifiques

de la personne afin de mieux y répondre.

Ci-après, un tableau récapitulatif des différents modèles est présenté (voir Tableau 1). Inspiré par les écrits de D'Amour et al. (2004), ce tableau présente différents critères sélectionnés par ces auteurs. Ces critères étant : la présence de données empiriques et d'une théorie explicite, le type de la théorie et du modèle, ainsi que la validation du modèle.

Tableau 1

Présentation des différents modèles

Auteurs	Données empiriques	Théorie explicite	*Force	Type de la théorie	Type du modèle	Validation du modèle
West, Borrill et Unsworth	Oui	Oui	++	Organisationnelle	Structure et processus	Oui en oncologie
Sicotte, D'Amour et Moreault	Oui	Oui	++	Organisationnelle	Structure et processus	Oui en soins primaires
D'Amour	Oui	Oui	++	Sociologie des organisations	Structure et processus	Oui en soins primaires
Gitlin, Lyons et Kolodner	Non	Oui	+	Échange social	Processus	Non
Hayward, DeMarco et Lynch	Non	Oui	+	Concept de l'alliance	Processus	Non
Corser	Revue de littérature explicite	Non	+		Structure et processus	Non
Miller	Oui	Non	+		Processus	Non

Oandasan et D'Amour (2004)	Revue de littérature explicite	Non	+		Structure et processus	Oui En services de 1 ^{re} et 2 ^e ligne
Asmar (2007)	Oui	Non	+	Théorie du choix rationnel	Structure et processus	Non

* +: Données empiriques *ou* stratégie explicite de revue de littérature *ou* théorie explicite.

++ : Données empiriques *ou* stratégie explicite de revue de littérature *et* théorie explicite.

Notre revue des écrits démontre que les cadres de la collaboration proposés dans la littérature sont nombreux. Les modèles exposés ci-dessus ne sont qu'une petite partie de la multitude de cadres qui auraient pu être présentés. Cette diversité reflète l'intérêt que suscite la collaboration interprofessionnelle au sein des chercheurs. Elle met en évidence aussi la complexité et la difficulté de comprendre clairement la structure et le processus de l'interdisciplinarité auprès des professionnels de la santé à cause de l'interrelation d'une panoplie de déterminants et de variables qui s'influencent mutuellement.

Les effets de l'interdisciplinarité

Tel que déjà mentionné, l'interdisciplinarité présente des avantages multiples puisqu'elle améliore la qualité des soins offerts aux clients, augmente la satisfaction au travail des professionnels, minimise les coûts, diminue le temps de résolution d'un problème et augmente le sentiment de bien-être et la satisfaction des patients. Les écrits et les études qui confirment les effets de l'interdisciplinarité sont nombreux. Certains sont maintenant exposés.

Pour D'Amour (1997), l'interdisciplinarité est fondée sur des valeurs humanistes, elle recentre les intervenants autour du patient et les éloigne de la rivalité, des guerres de pouvoir et du désir de contrôler. Par ailleurs, elle permet l'identification et la valorisation des rôles respectifs des professionnels et favorise le changement dans la pratique en créant un environnement de travail plus flexible (Asmar, 2007).

Dans une étude sur les effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels de la santé ainsi que chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie, les chercheuses San Martin Rodriguez et collaborateurs (2007) concluent que l'intensité de l'interdisciplinarité a un effet sur l'augmentation de la satisfaction au travail des professionnels de la santé d'une part et une augmentation de la satisfaction des patients d'une autre part. Elles expliquent ces résultats par le degré de coordination et le partage des activités cliniques qui convergent les efforts des professionnels et améliorent le partage de l'information et la prise de décisions permettant des actions et interventions centrées sur les besoins spécifiques du patient. Elles ajoutent que même une légère augmentation de la collaboration entre les professionnels avait un effet réel et significatif sur la satisfaction chez les patients de l'étude.

Rafferty, Ball, Aiken et Fagin (2001) ont mené une étude quantitative auprès de 10 032 infirmières dans plusieurs centres hospitaliers en Angleterre afin d'explorer l'impact du travail interdisciplinaire et de l'autonomie sur la pratique infirmière et la qualité des soins dispensés aux patients. Les résultats démontrent que la pratique interdisciplinaire et la pratique autonome étaient harmonieusement compatibles et avaient des effets positifs sur le vécu des infirmières et les patients. Plus précisément, plus les infirmières travaillent en équipe interdisciplinaire, plus elles semblent être satisfaites de leur travail et souffrent moins d'épuisement professionnel. Par la suite, ces infirmières ont plus confiance en la capacité de leurs patients de prendre en charge leur état de santé, d'être plus autonome et d'être plus impliqués dans le processus décisionnel.

Shortell, Rousseau, Devers, Gillies, et Simons (1991) ont mené une étude quantitative dans 42 unités de soins intensifs en utilisant le « ICU Nurse-physician questionnaire » auprès de 1700 intervenants de la santé. Leurs résultats ont démontré une association entre la performance de l'unité et le travail interdisciplinaire, plus précisément entre la performance de l'unité et le leadership et la communication au sein de l'équipe interdisciplinaire. La performance de l'unité incluait une diminution de la

durée du séjour aux soins intensifs et du roulement du personnel ainsi qu'une amélioration de la qualité technique des soins prodigués et la facilité à répondre aux besoins des patients. Ces retombées stimulaient les professionnels à travailler en collaboration.

Dans une revue systématique visant à évaluer les effets des mesures adoptées pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, les auteurs Zwarenstein et Bryant (2000) ont mis en évidence les résultats de deux études, dont la première a lieu au États-Unis et la deuxième en Thaïlande. Ils concluaient qu'une décision interdisciplinaire à propos du plan thérapeutique des patients avait un effet significatif sur la diminution de la durée de séjour des patients et par conséquent, sur les coûts de l'hospitalisation.

Par ailleurs, les résultats d'une étude qualitative de cas unique effectuée dans un GMF au Québec par Lajeunesse (2009) démontrent qu'à travers un processus itératif touchant les éléments interactionnels et organisationnels et des ajustements mutuels, le développement de la collaboration interprofessionnelle au sein du GMF étudié a permis une meilleure accessibilité aux soins pour les patient et une amélioration de leurs résultats cliniques.

Dans un contexte gériatrique, quelques études ont démontré que l'intervention interdisciplinaire avait un effet significatif sur la réduction du nombre et du coût de la médication consommée par les personnes âgées (Williams et al., 2004) ainsi qu'une diminution de la durée et de la sévérité du syndrome du *délirium* chez les personnes âgées souffrant d'une fracture de la hanche (Milisen et al., 2001).

Étant donné que l'interdisciplinarité est devenue quasiment une exigence pour répondre adéquatement aux besoins complexes de la clientèle mais que son instauration n'est pas toujours réussie et se vit parfois difficilement (D'Amour, 1997; Fortin, 2000; Oandasan et al., 2004), plusieurs auteurs et chercheurs se sont penchés sur ce sujet pour mieux comprendre les enjeux et les facteurs qui rentrent en jeu.

Facteurs influençant l'interdisciplinarité

Selon D'Amour et al. (2004), l'instauration réussie de l'interdisciplinarité dépend principalement de trois déterminants 1) micro-facteurs; 2) méso-facteurs; et 3) macro-facteurs. Les micro-facteurs sont des déterminants interactionnels et relationnels. Ils comprennent la volonté de collaborer, la confiance, la communication et le respect mutuel, ce sont ces derniers déterminants qui sont les plus étudiés dans la littérature (Baggs & Schmitt 1997; D'Amour, 1997; Hojat et al., 2001; San Martin Rodriguez et al., 2005; Sicotte et al., 2002). En ce qui concerne les méso-facteurs, ils correspondent aux déterminants organisationnels. Ils comprennent la structure et la philosophie de l'organisation, le soutien administratif, les ressources et les mécanismes de coordination. Par ailleurs, les déterminants macro-structurels comprennent les systèmes social, culturel, professionnel et éducationnel et sont externes à l'organisation. Ces éléments influencent tout le contexte de pratique et les relations qui se développent à l'intérieur des organisations.

Au Québec, une étude qualitative de type cas unique, menée par Camiré (2005) a exploré les déterminants structurels et interactionnels de la collaboration interprofessionnelle en milieu de soins gériatriques. Les résultats démontrent que pour les déterminants interactionnels la compétence de l'intervenant venait en premier lieu suivie de la confiance mutuelle entre les membres de l'équipe. Par ailleurs, pour les déterminants structurels, la présence d'une idéologie organisationnelle qui supporte la collaboration interprofessionnelle s'avère importante.

En réalité, le monde de l'interdisciplinarité n'est pas toujours idéal. Dans la littérature, plusieurs éléments ont été identifiés comme étant des facteurs non seulement contraignants au développement d'une collaboration réussie mais aussi donnant naissance à l'opposé de l'effet visé. Parmi ces éléments, les résistances des médecins et des patients, la difficulté à changer la culture professionnelle, le manque d'ouverture de certains intervenants, la divergence dans la visée et la vision, les luttes de pouvoir pour des champs de compétence et le manque de stabilité du personnel ainsi que l'absence d'un soutien organisationnel sont les problèmes les plus fréquemment cités (D'Amour,

1997; D'Amour, 2001; Faria, 2009; Lajeunesse, 2009; Sicotte et al., 2002).

Il faut noter que malgré tous les efforts déployés depuis plusieurs années, la réalité du réseau de santé québécois repose encore sur une hiérarchie interprofessionnelle alimentée par le modèle organisationnel des centres hospitaliers où le médecin possède encore une position d'autorité et de pouvoir (D'Amour, 2001). Les résultats de l'étude de Lockhart-Wood (2000) ajoutent que c'est ce déficit de pouvoir en faveur du médecin qui cause principalement la frustration et l'insatisfaction des infirmières face au travail interdisciplinaire.

De tous les déterminants relationnels qui ont été traités par les auteurs, la confiance et la cohésion d'équipe ont fait l'objet d'une attention particulière et s'avèrent être des éléments essentiels à l'interdisciplinarité (D'Amour, 1999; Voyer, 2000). Selon Asmar (2007), ces facteurs sont perçus comme des éléments clés du développement et du renforcement de l'interdisciplinarité au sein des équipes, mais ils peuvent aussi expliquer, en partie, la difficulté à promouvoir cette pratique auprès des intervenants de la santé.

Le climat de confiance dans une équipe est possible si les rôles sont explicites et définis en commun et que la réussite du travail interdisciplinaire se base sur la compréhension du chevauchement des rôles (D'Amour, 1999; Voyer, 2000, 2006). Cette compréhension est beaucoup plus facile quand la perception du rôle et de l'apport de chaque intervenant au travail interdisciplinaire est claire et comprise. C'est pour cette raison que quelques auteurs accordent à l'étude de la perception de l'interdisciplinarité une attention particulière.

La perception de l'interdisciplinarité de la part des intervenants

L'interdisciplinarité dépend surtout de la capacité des intervenants à comprendre les habitudes cognitives des autres professionnels ainsi que leur conceptualisation des interventions et des valeurs propres accordées aux diverses professions (Clark, 1994; Sicotte et al., 2002; Voyer, 2000). La clarification de la contribution intellectuelle de

chaque professionnel au travail interdisciplinaire contribue au développement de la collaboration interprofessionnelle et donne la possibilité d'harmoniser les connaissances du professionnel avec celles des autres professionnels (Kérouac et al., 2003, Sicotte et al., 2002; Voyer, 2000).

Il est évident que la conception claire du rôle, de l'apport et de la vision des membres d'une équipe est indispensable à la réussite de l'interdisciplinarité, mais que plus particulièrement la perception des infirmières aurait un effet concret et direct sur la collaboration interprofessionnelle.

Les résultats d'une étude comparative américaine, israélienne, italienne et mexicaine auprès de 2522 infirmières et médecins sur la collaboration médecins-infirmière démontent que dans les centres où les infirmières valorisent l'interdisciplinarité et en avaient une perception positive, on retrouvait une plus grande participation de toutes les autres disciplines, une meilleure communication entre les membres de l'équipe ainsi qu'une amélioration de l'état de santé des patients, et ce, peu importe les frontières géographiques (Hojat et al., 2003).

Toutefois, la perception de la collaboration interprofessionnelle de la part des différents intervenants n'est pas toujours convergente, ni semblable. Quelques chercheurs se sont intéressés à cette problématique et les résultats de leurs études ont souligné une différence de perception entre les différents professionnels, notamment entre médecins et infirmières à propos de la collaboration interdisciplinaire (Copnell et al., 2004; Hansen, Biros, Delaney, & Schug, 1999; Way, Jones, Baskerville, & Busing, 2001). Ceci pourrait expliquer, en partie, les difficultés ressentis par les intervenants travaillant en interdisciplinarité et, plus particulièrement, par les infirmières.

Une étude transversale, exploratoire et corrélationnelle effectuée à l'urgence auprès de 166 médecins et infirmières a mesuré le leadership, la communication, la résolution de problèmes et la coordination. Les chercheurs ont obtenu des résultats positifs liés à la promotion de l'utilisation de la recherche à l'urgence, mais une

différence significative a été mise en évidence entre la perception des médecins et des infirmières sur la collaboration interprofessionnelle. Plus précisément, la différence était le plus accentuée sur les critères du leadership médical, l'ouverture à la communication et la gestion des conflits pour lesquels les infirmières avaient une perception beaucoup plus négative (Hansen et al., 1999).

Dans le même sens, une deuxième étude effectuée dans huit unités de soins intensifs de la région de Houston aux États-Unis et s'adressant à 90 médecins et 230 infirmières indique que les médecins estimaient la qualité de leur collaboration avec les infirmières bien meilleure que ces dernières n'évaluaient leur collaboration avec les médecins. Plus précisément, seulement 33% des infirmières estimaient que la qualité de la collaboration et de la communication avec les médecins était élevée versus 73% des médecins. L'analyse plus en profondeur révèle que les infirmières estimaient qu'il leur était difficile de s'exprimer librement, que les désaccords n'étaient pas réglés de manière satisfaisante pour elles et que leur opinion était souvent mal reçue (Copnell et al., 2004).

Par ailleurs, une autre recherche effectuée en Ontario sur le rôle des infirmières praticiennes, œuvrant en interdisciplinarité avec les médecins dans les cliniques de soins de santé primaires, rapporte que la tradition persiste toujours: le rôle du soin (caring) est assuré par l'infirmière tandis que celui des soins (curing) est assumé principalement par le médecin (Way et al., 2001).

Cette différence de perception peut être expliquée en partie par l'existence de deux centres d'intérêt distincts entre la discipline médicale et infirmière. Dans leur livre « la pensée infirmière », Kérouac et al. (2003) soulignent cette nuance et expliquent que la discipline médicale s'intéresse à « la vie humaine », à l'impact des interventions médicales et à l'ampleur la responsabilité. Par contre, la discipline infirmière est plus orientée vers la personne, le soin de la personne et l'entièreté de sa vie, l'environnement et la santé.

Étant donné que des perceptions différentes du travail interdisciplinaire de la part des intervenants de la santé peuvent être contraignantes à ce travail, des études ont traité les différents facteurs qui peuvent entrer en jeu et avoir des effets sur la perception de ces intervenants.

Facteurs influençant la perception de l'interdisciplinarité

Plusieurs auteurs se sont intéressés à déterminer l'influence de différents facteurs sur la perception de l'interdisciplinarité de la part des professionnels de la santé. Pendant plusieurs années, les deux principaux facteurs qui ont monopolisé la grande partie de l'explication sur la divergence de perception entre les médecins et les infirmières étaient la différence du genre et du statut social (Neale, 1999). Désormais, dans le contexte actuel et avec le passage de discipline médicale d'une prédominance masculine à une prédominance féminine (Statistique Canada, 2009), les recherches s'y attardent moins et s'intéressent à d'autres déterminants tels que l'expérience, la formation et le soutien de l'organisation.

La compétence et l'expérience professionnelle ont un effet positif sur l'établissement d'un climat de confiance et d'une cohésion d'équipe entre les différents professionnels (Strech, 2007). Ces facteurs semblent être les éléments incontournables d'une interdisciplinarité réussie. De plus, la formation et l'enseignement interdisciplinaire ainsi que le support de l'organisation semblent venir s'ajouter aux facteurs précédents afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle et avoir un impact positif sur la perception de l'interdisciplinarité de la part des différents professionnels de la santé (Jordan & Hughes, 1998; Mansourimoid, Boman & Causley, 2000; Miller, 2004).

Aux États-Unis, une étude menée par Mansourimoid, Boman et Causley (2000) a visé à caractériser statistiquement la perception de la collaboration interprofessionnelle de la part des infirmières et des autres intervenants de la santé. En utilisant l'Interdisciplinary collaboration Scale (ICP), ces chercheurs voulaient examiner la corrélation entre le niveau de scolarité, les années d'expérience et le milieu de travail

d'une part et leur perception d'une autre part. Les résultats de cette étude montrent que plus le niveau de scolarité est élevé, plus la collaboration interdisciplinaire est importante.

Dans une autre étude visant à déterminer si le niveau d'éducation exerce une influence sur l'attitude des infirmières à l'égard de la collaboration interprofessionnelle, Miller (2004) constate qu'un niveau élevé de scolarité avait une influence positive sur trois dimensions de l'interdisciplinarité soit : le respect des préoccupations collectives, la clarté des objectifs de prise en charge des patients et la compréhension des champs de pratique.

Dans le même courant d'idées, les résultats d'une étude exploratoire sur la pratique infirmière au Royaume-Uni a démontré que les infirmières ayant une éducation plus poussée notamment celles qui ont suivi des cours de physiologie appliquée et de biosciences avaient constaté une augmentation dans leur participation dans les discussions interprofessionnelle et la prise décision partagée (Jordan & Hughes, 1998).

Dans le même sens aussi, aux États-Unis, Sterchi (2007) a mené une étude qui visait à déterminer les éléments qui influencent la perception de la collaboration des infirmières et des médecins dans une salle d'opération, en utilisant le Jefferson Scale of Attitudes auprès de 65 médecins et 72 infirmières. Les résultats démontrent que la longueur des années d'expérience est l'élément qui avait le plus d'influence positive sur la perception des professionnels.

Études visant l'exploration et la représentation de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières

La représentation de la perception de la collaboration interprofessionnelle de la part des infirmières clarifie et permet une meilleure compréhension de la vision des infirmières. Elle constitue ainsi un élément précurseur d'une interdisciplinarité réussie. Toutefois, ceci semble être un exercice peu facile, puisque la représentation conceptuelle de la pratique et de la pensée infirmière n'est pas évidente (Kérouac et al.,

2003). Ceci peut expliquer en partie la rareté des études qui ont visé ce sujet.

En Ontario, une étude récente qualitative effectuée par Faria (2009) a visé d'explorer et de comprendre la perception de la collaboration interdisciplinaire entre les infirmières praticiennes et les médecins dans un contexte de soins de première ligne. L'analyse des résultats a permis d'identifier sept thèmes comme étant des facteurs clés qui influencent la collaboration au sein de l'équipe infirmière praticienne – médecin, et ce, du point de vue de l'infirmière praticienne. Ces thèmes sont les suivants: 1) la qualité de la communication; 2) la vision commune; 3) les modes de rémunération des médecins; 4) établissement et maintien des relations; 5) l'investissement du temps et de l'énergie; 6) la compétence et l'expertise de l'infirmière praticienne; et finalement 7) la confiance et le respect mutuels. Par la suite, la chercheuse a représenté cette collaboration sous la forme de deux cercles qui se chevauchent, où chacun des deux professionnels possède leur champ de pratique autonome alors que l'intersection des deux cercles présente un espace commun pour une collaboration interprofessionnelle (Figure 8).

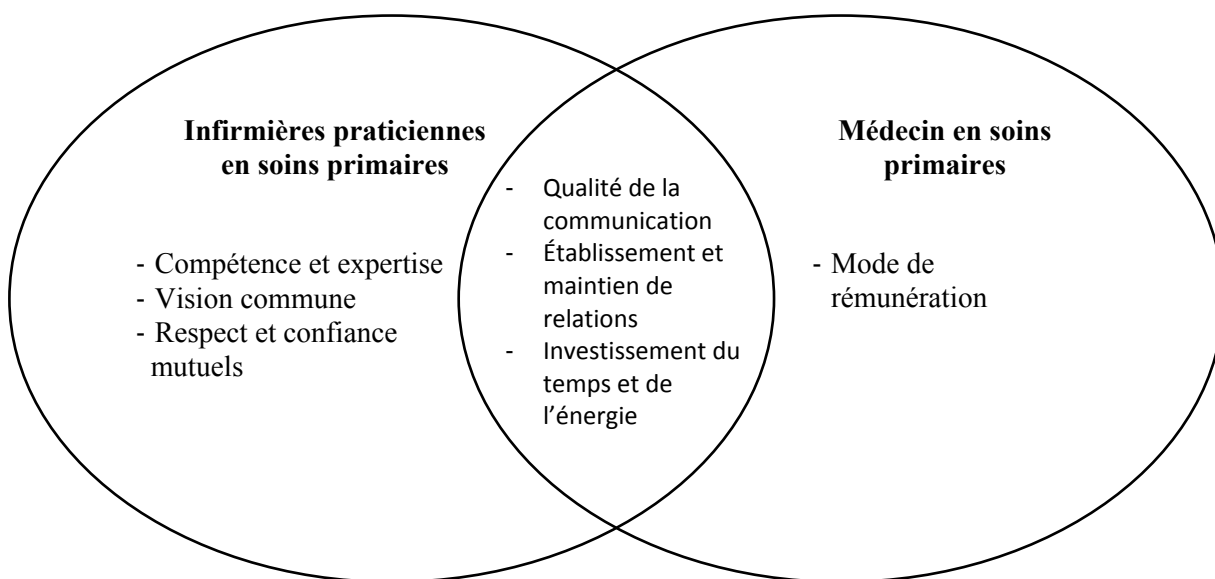


Figure 8. Modèle de la collaboration interprofessionnelle entre les infirmières praticiennes et les médecins (Tiré de Faria, 2009, traduction libre, p. 68).

Au Québec, conscientes de l'importance majeure que détient l'exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières, les chercheuses Roy et Sylvain (2004) ont mené une étude qualitative qui explore et conceptualise la perception du rôle des infirmières au sein d'un groupe de médecine familiale dans un contexte d'interdisciplinarité et dans des services de première ligne. Elles expliquent la vision des infirmières en la représentant par deux axes complémentaires, qui sont la pratique infirmière autonome influencée par le désir de reconnaissance professionnelle et la volonté de s'affirmer en tant que professionnelle d'une part, et la pratique de collaboration interdisciplinaire associée à la condition de confiance mutuelle et de la compétence professionnelle d'une autre part (Figure 9). Aucune étude de ce genre n'a été effectuée en milieu gériatrique.

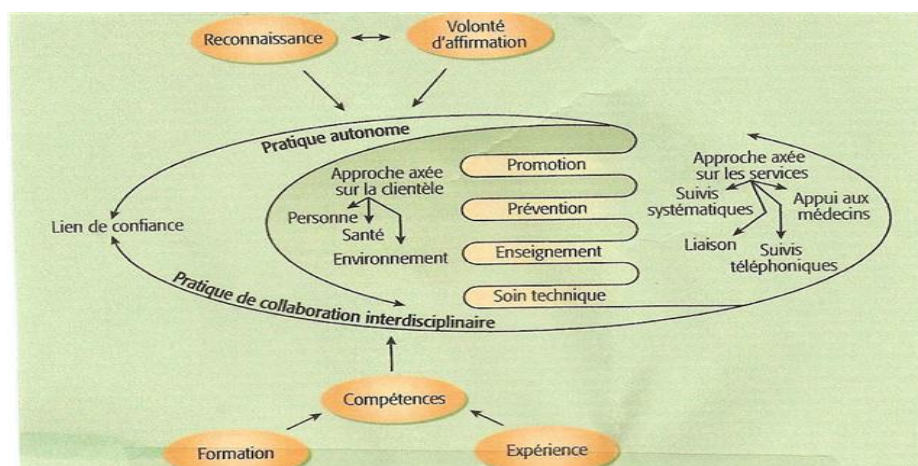


Figure 9. Conceptualisation de la pratique infirmière en interdisciplinarité (Roy & Sylvain, 2004, p.23).

Selon Oandasan et al. (2004), les soins primaires occupent une grande place dans les études et dans les initiatives d'instaurer une pratique interdisciplinaire. Plus précisément, 41,9% des études visent les soins primaires alors que la réadaptation et les soins tertiaires n'occupent respectivement que 6,5% et 14,5%.

Bref, la pratique infirmière en interdisciplinarité dans les services de première ligne occupe une grande place dans les études. En milieu gériatrique, les études se sont intéressées aux différents facteurs et stratégies organisationnelles facilitants et contraignants le travail interdisciplinaire. Aucune étude répertoriée dans les banques de données scientifiques consultées (Medline et CINAHL) n'a exploré la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières dans un contexte de soins gériatriques au Québec, et ce, malgré que la compréhension claire de la perception de l'interdisciplinarité est un élément clé à sa réussite et que l'interdisciplinarité est devenue une exigence pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées dans un contexte de vieillissement démographique. D'où l'intérêt de la présente étude d'explorer la conception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu de soins gériatriques comme étant un élément clé à l'interdisciplinarité.

Dans la section suivante, le cadre de référence de l'étude, le modèle de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997), est abordé. Les quatre dimensions qui constituent ce modèle, son origine, ainsi que les liens avec les questions de recherche sont présentés.

Cadre de référence

Quand il fut temps de choisir un cadre de référence pour cette étude, notre choix se posa sur le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997). Tel que mentionné précédemment, plusieurs modèles existent dans la littérature. En ce qui concerne notre cheminement pour décider de notre cadre de référence, les modèles bi-disciplinaires (Croser, 1998 ; Miller, 1997) ainsi que ceux qui non pas été validés (Asmar, 2007 ; Gitlin et al., 1994 ; Hayward et al., 2000) ont été éliminés. Le FIPCCP vise davantage l'analyse les différents facteurs affectant la formation sur la collaboration interprofessionnelle et celui de West, Borril et Unsworth (1998) sert à identifier les conditions propices à l'interdisciplinarité pour évaluer l'impact sur la qualité de soins, ce qui ne correspond pas au but de notre étude. Le *Québec CHCC collaborative model* de Sicotte et ses collaboratrices (2003) et celui de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) sont deux

modèles élaborés et expérimentés au Québec. Ils s'arriment bien avec le but et le type de notre recherche.

Nous avons sélectionné le modèle de la structuration de la collaboration de D'Amour (1997) puisque ses quatre différentes dimensions sont pertinentes pour comprendre la structuration de la pratique interdisciplinaire. Ce modèle fournit des assises détaillées pour analyser et comprendre la pratique de l'interdisciplinarité auprès des professionnels de la santé ce qui est cohérent avec la finalité de cette étude.

Ce modèle s'appuie sur les écrits de Crozier et Friedberg (1977) et sur l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993) qui considère que l'organisation d'un système d'action résulte de l'ensemble des rapports et interactions que les individus entretiennent dans un contexte social. D'Amour (1997) présente ce modèle (voir Figure, 10) comme une armature intellectuelle permettant une meilleure compréhension de la collaboration interprofessionnelle.

Consciente des difficultés importantes et des différents enjeux qui entourent l'intégration réussie de l'interdisciplinarité, l'auteure propose quatre dimensions pour comprendre et analyser la collaboration interprofessionnelle : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation. Ces dimensions peuvent être définies ainsi :

1) La *finalisation* est l'existence de finalités communes et leur appropriation par l'équipe. Afin de permettre l'adhésion à cette finalité, trois éléments doivent être considérés : 1) la conception de l'interdisciplinarité de la part des professionnels qui, en cas de divergence, peut générer de l'incompréhension et de la tension ; 2) les intérêts multiples des différents professionnels qui peuvent être divergents ou convergents; 3) l'intégration des résultats de la collaboration interdisciplinaire dans les interactions et les rapports entre les différents professionnels.

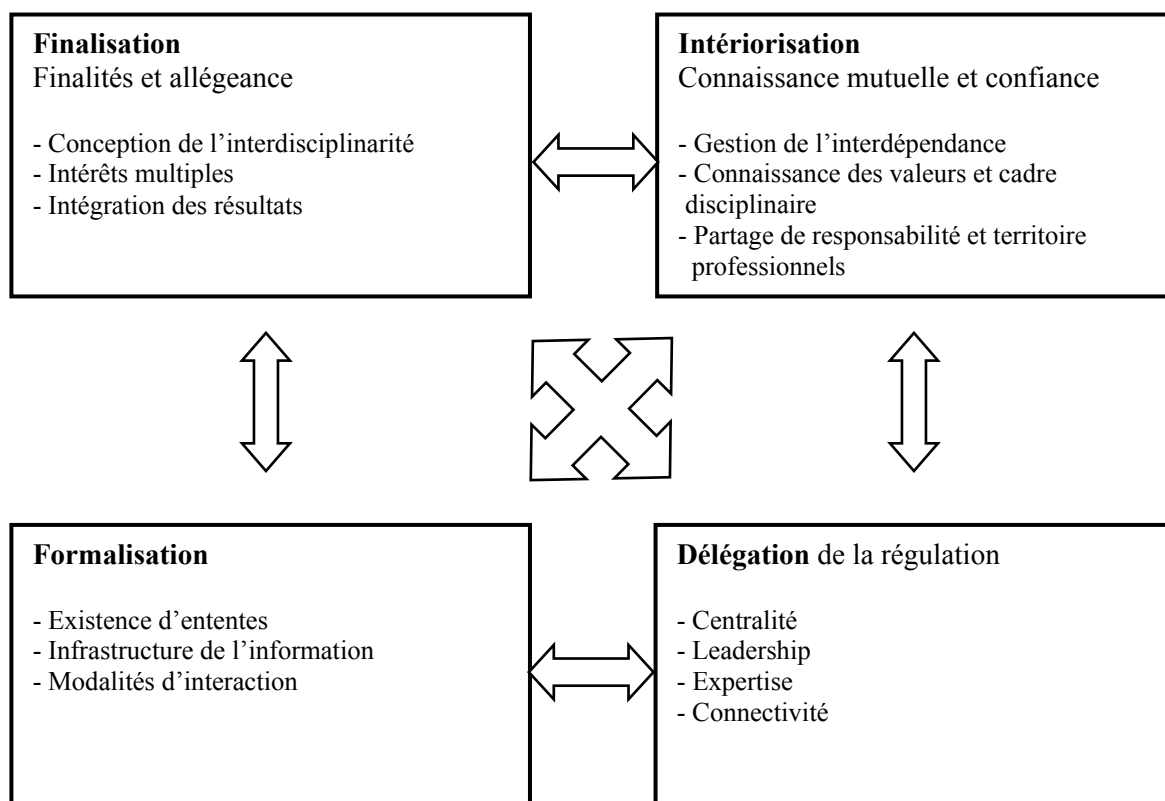


Figure 10. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle élaboré par D'Amour (1997, p. 108).

2) L'*intériorisation* est la prise de conscience chez les membres professionnels d'une équipe de leur interdépendance et de l'importance de la gestion de cette interdépendance. L'intériorisation fait référence au climat de cohésion et d'entente ce qui se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires, par l'établissement d'un rapport de confiance et par une entente sur le partage des responsabilités et des territoires professionnels.

3) La *formalisation* représente l'ensemble de règles qui encadrent, régularisent et stabilisent l'action collective. Ces règles régissent les modalités d'interaction entre les professionnels et coordonne l'intervention clinique.

4) La *délégation* est la gouvernance ou parfois la direction. La délégation, qui est l'ensemble des différentes régulations, peut être de nature endogène et se servir de moyens internes de gestion ou de nature exogène et avoir recours à des moyens externes tels que les ordres professionnels.

Ce modèle souligne aussi l'interdépendance et l'interrelation entre les quatre dimensions de l'interdisciplinarité et montre qu'un déséquilibre dans une des dimensions, affecte l'ensemble du travail interdisciplinaire. Nous pouvons retrouver ces quatre dimensions à deux niveaux : 1) le niveau relationnel regroupant la finalisation et l'intériorisation et 2) le niveau structurel regroupant la formalisation et la délégation. Ce modèle reflète aussi l'importance de l'appropriation d'une conception commune de l'interdisciplinarité (finalisation) et la connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires des professionnels (l'intériorisation) ce qui justifie le but de notre étude qui vise à explorer et à comprendre la perception des infirmières dans un milieu gériatrique. De plus, il s'avère intéressant d'explorer aussi si les infirmières participantes à cette étude accordent de l'importance aux éléments de ces quatre dimensions de ce modèle et pensent qu'ils influencent l'interdisciplinarité.

Afin de mener cette étude, une méthode qualitative exploratoire a été choisie. Dans la section suivante, les différents éléments de la méthodologie sélectionnée sont exposés.

Chapitre III

La méthodologie

Ce chapitre présente les différents éléments de la méthode choisie afin de mener cette étude soit le type de l'étude, le milieu de l'étude, l'échantillonnage, les critères de sélection, le recrutement, le déroulement de l'étude, la collecte et l'analyse des données et leur gestion et les considérations éthiques ainsi que les critères de qualité.

Type d'étude

Afin de mener cette étude qui vise à explorer et à mieux comprendre la perception de l'interdisciplinarité des infirmières pratiquant en milieu gériatrique, une méthode qualitative exploratoire a été retenue. Le but de la chercheuse a été de donner un sens au phénomène de l'interdisciplinarité tel que vécu par les participantes tout en s'efforçant de l'interpréter à partir des significations attribuées par les personnes ciblées lors de cette étude. La recherche qualitative exploratoire a été privilégiée puisque d'une part, elle accorde une place primordiale aux participants et au sens qu'ils donnent aux phénomènes vécus (Appelton, 1997) et d'autre part, elle permet d'obtenir une compréhension holistique d'un phénomène complexe à partir de la perception des personnes (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck 2004). De plus, l'analyse qualitative en soi est une démarche de recherche de sens (Paillé et Mucchielli, 2003). Par ailleurs, le choix de ce type d'étude a été privilégié puisqu'il se base sur la participation interactive des participants et la construction collective consensuelle d'un phénomène complexe (Lehoux, Levy, & Rodrigue, 1995; Roy & Sylvain, 2004). Ainsi, il est congruent avec le cadre de référence de l'étude qui se situe dans le paradigme constructiviste et avec les objectifs de cette étude.

Milieu de l'étude

L'étude a eu lieu à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Ce choix de a été justifié par la présence de plusieurs déterminants essentiels pour cette étude. Ainsi, dans ce milieu, la sensibilisation au travail interdisciplinaire est très présente et le département de l'enseignement et de la diffusion de l'expertise assure une formation sur l'interdisciplinarité auprès de différents professionnels. L'interdisciplinarité et la collaboration correspondent à l'une des quatre valeurs retenues

par l'IUGM depuis plusieurs années et l'importance accordée à cette valeur a été renouvelée dans la planification stratégique actuelle tri-annuelle 2008-2011 (IUGM, 2008). De plus, l'IUGM regroupe une grande diversité de professionnels dans différents programmes. Il compte près de 1000 employés et possède une capacité de 452 lits. Les différents professionnels, notamment les infirmières, ont l'opportunité de pouvoir pratiquer dans un contexte d'interdisciplinarité, et ce, dans différents programmes de soins. Cet établissement inclut, en plus des soins de longue durée, une unité d'évaluation de courte durée gériatrique, une unité de réadaptation fonctionnelle intensive et un centre ambulatoire comprenant les activités d'un centre de jour, d'un hôpital de jour et de cliniques externes spécialisées. D'autre part, l'IUGM est un établissement affilié à l'université de Montréal et l'affiliation universitaire est un élément qui figure parmi les déterminants structurels de la délégation dans la collaboration interprofessionnelle selon le modèle conceptuel D'Amour (1997).

Échantillonnage

Nature

Un échantillon intentionnel non-probabiliste a été utilisé pour recruter les infirmières dans cette étude. Selon cette stratégie, les participants sont des personnes qui ont la capacité de fournir des données riches et détaillées qui permettent d'approfondir la question traitée dans cette recherche. Selon Patton (2002), les participants doivent être sélectionnés en fonction de l'information qu'ils ont à partager.

Taille

En recherche qualitative, la densité des données recueillies prime sur le nombre de participants. Idéalement, les données sont recueillies jusqu'à saturation empirique (Patton 2002). Cette saturation survient lorsque les catégories d'analyse deviennent stables et que l'ajout de données n'apporte rien de nouveau à la compréhension du phénomène étudié (Fortin, 1996). Étant donné que cette recherche qualitative s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise de 2^e cycle, nous avons jugé qu'une analyse en profondeur de six à huit entretiens ainsi qu'une discussion de groupe pourrait être satisfaisante et

assurer une certaine saturation des données. Alors sept entretiens semi-dirigés ont eu lieu pour fin d'analyse de cette étude.

Critères de sélection

Afin de cibler et de recruter les participantes de cette étude, quatre critères d'inclusion et deux critères d'exclusion ont été retenus.

Critères d'inclusion:

1. Être assistante-infirmière-chef travaillant de jour ou de soir dans une unité de soins de l'établissement choisi. La participante devait exercer occasionnellement les tâches d'assistante même si elle n'occupait pas ce poste de façon permanente. L'assistante-infirmière-chef occupe une place centrale au sein du personnel infirmier. Elle agit comme *personne-ressource* auprès de ses collègues et collabore à la conception, l'implantation, l'évaluation des programmes cliniques. Elle fait partie de l'équipe interdisciplinaire et exerce, lorsque requis, les fonctions habituelles d'infirmier ou d'infirmière soignante. Pour l'ensemble de ces compétences et parce que l'assistante infirmière chef assiste souvent aux réunions de l'équipe interdisciplinaire et veille à l'application du plan d'intervention interdisciplinaire, le choix de ce groupe d'infirmière a été retenu. Par ailleurs, afin que cet échantillon soit le plus représentatif possible de l'ensemble des infirmières de l'IUGM, notre choix ne s'est pas limité aux infirmières travaillant en soins de longue durée, il englobe aussi les autres unités de soins tels que la réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique et l'évaluation de courte durée gériatrique où le travail interdisciplinaire est très présent.
2. Comprendre et s'exprimer aisément en français
3. Manifester de l'intérêt pour l'étude et désirer participer activement
4. Accepter les termes du consentement : absence de compensation financière, participation aux rencontres, accepter les risques potentiels liés au caractère introspectif de la démarche prévue (voir Annexe A).

Critères d'exclusion:

1. Travailler comme assistante-infirmière-chef pendant le quart de nuit. Cette exclusion était justifiée dans le but de préserver et de maximiser le libre consentement et la participation volontaire et authentique de ces infirmières qui avaient l'étudiante-chercheuse comme supérieur immédiat (voir les considérations éthiques).
2. Être infirmière en probation. La période de probation peut varier entre 30 et 120 jours de travail. Pendant cette période, l'infirmière est soumise régulièrement à une évaluation, afin de s'assurer de son intégration à la pratique infirmière auprès de la clientèle et de sa conformité aux exigences et aux politiques de l'établissement. Étant donné la vulnérabilité inhérente à cette période, les infirmières en période de probation n'ont pas été sollicitées.

Recrutement des participantes

Afin de recruter les participantes, une lettre personnalisée a été adressée à chacune des participantes potentielles. Une liste des infirmières exerçant les fonctions d'une assistante-infirmière-chef a été obtenue auprès de la direction des soins infirmiers de l'établissement. Huit lettres ont été envoyées et sept réponses d'acceptation ont été reçues. La huitième personne sollicitée avait démissionné de son poste. Une banque supplémentaire de cinq autres participantes potentielles avait été constituée au cas où les besoins de l'analyse nécessiteraient un recrutement supplémentaire en vue d'atteindre une certaine saturation empirique.

Déroulement de l'étude

Durant cette étude, cinq interactions ont eu lieu avec les infirmières participantes. Le déroulement de ces interactions était comme suit :

1. Une première rencontre a été consacrée pour fournir toutes les explications concernant l'étude, notamment le but et les moyens envisagés pour l'atteindre

ainsi que la nature de la participation de l'infirmière et les thèmes qui étaient abordés lors de l'entretien. Durant cette rencontre une copie du formulaire de consentement a été remise à la participation (voir Annexe A). En tenant compte de l'horaire et de la disponibilité de la participante, un rendez-vous pour l'entretien individuel était fixé dans la semaine qui a suivi cette première rencontre. Un délai minimal de trois jours entre la première rencontre et l'entretien a été prévu de façon à laisser à l'infirmière le temps nécessaire pour réfléchir à sa décision de participer à l'étude et pour se préparer. La durée de cette première rencontre était d'une quinzaine de minutes.

2. L'entretien semi-dirigé s'est déroulé lors de la deuxième rencontre. Elle débutait par la signature du formulaire de consentement qui avait été remis précédemment et qui avait été approuvé par la directrice de la recherche ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'IUGM (voir Annexe B). Ces entretiens se sont déroulés dans un local situé dans le bloc de formation de l'établissement choisi. Ils ont été enregistrés sur audiocassette pour fin d'analyse. La durée des l'entretien était d'une heure. Un guide d'entrevue comprenant les thèmes principaux fut élaboré (voir Annexe C). Il comprend des questions ouvertes et larges, mais des questions de relance plus spécifiques permettaient de préciser certains aspects. Au cours de l'étude, des modifications et des nuances ont été introduites dans le guide en fonction de la progression de l'analyse et de la collecte notamment l'ajout de questions portant sur la gouvernance, un aspect qui n'était pas abordé par les participantes.
3. La troisième rencontre s'est déroulée dans les cinq à sept jours qui ont suivi l'entretien. Elle était assez brève (deux à trois minutes). Cette rencontre permettait la remise d'une copie du résumé de la transcription des verbatims à la participante lui permettant ainsi de prendre connaissance des idées principales qui se sont dégagées de l'entretien. Cette rencontre a été substituée à quelques reprises par un envoi à l'aide du « courrier interne » adressé au nom de la participante, à l'intérieur duquel le résumé fut placé dans une enveloppe scellée.

4. La quatrième rencontre avait pour but de valider le résumé de la transcription des verbatims. Cette rencontre permettait de collecter la transcription en sa version finale avec les modifications, ajouts et retraits que la participante avait apportés sur ses propos. La durée de cette rencontre était d'une dizaine de minutes. Cette rencontre a été substituée à deux reprises par un contact téléphonique. Tout comme la troisième rencontre, le choix entre les deux modalités de contact a été laissé à la participante.
5. La cinquième rencontre a eu lieu lors d'une discussion de groupe (*focus group*). Lors de cette rencontre, les participantes ont discuté des thèmes abordés lors de l'entretien individuel, ainsi que de l'ébauche de la modélisation qui leur était présentée. Ce sont les mêmes infirmières qui avaient participé aux entretiens semi-dirigés qui seront convoquées à la discussion de groupe. Leurs commentaires et leurs interprétations, ainsi que tous les propos émis lors de cette rencontre ont fait partie intégrante de la collecte des données et de l'analyse. Consciente des contraintes de temps et des conflits d'horaire qui peuvent surgir pour fixer un rendez-vous qui convienne à toutes les participantes, un scénario de deux rencontres de groupe avait été envisagé au départ. Cette rencontre collective avait une double importance, puisqu'elle permettait : 1) de valider les résultats préliminaires (1^{re} version du modèle) et de les ajuster de façon à ce qu'ils reflètent la perception des participantes et 2) de créer un espace de discussion et de négociation entre des infirmières pratiquant l'interdisciplinarité dans un milieu gériatrique.

Collecte des données

Une des principales caractéristiques de l'analyse qualitative consiste en la possibilité d'effectuer la collecte et l'analyse des données simultanément. En effet, plusieurs auteurs recommandent au chercheur de commencer à analyser les données en parallèle avec la collecte (Guba & Lincoln 1985; Miles & Huberman 2003; Paillé 1994) puisque les questions peuvent se préciser et se peaufiner en s'inspirant des données préliminaires. Cette méthode favorise une compréhension progressive et profonde du

phénomène étudié tout au long de la collecte. Cinq méthodes de collecte de données ont été utilisées dans cette étude : les entretiens semi-dirigés, l'observation, la discussion de groupe, le journal de bord et la consultation de documents.

Les entretiens semi-dirigés

Ils constituent pour cette étude la principale source de données de cette étude. Ce type d'entretien est une source importante de données et d'information dans les études de type qualitatif et le plus utilisé dans le cadre des recherches associées au paradigme constructiviste (Savoie-Zajc, 1997). Il permet d'entrer dans la perspective de la personne en lui donnant la possibilité d'exprimer sa propre compréhension du phénomène (Patton, 1990). De plus, selon Crozier et Friedberg (1997), la technique de l'entretien privilégie la présentation et une meilleure compréhension des dynamiques humaines avec les mots utilisés et choisis par des participantes ciblées, ce qui concorde avec le but de cette étude. Au cours de ces entrevues, un guide d'entrevue a été utilisé ce qui a permis d'assurer une couverture des thèmes principaux de l'étude et a offert des pistes de réflexion selon les différents scénarios possibles du déroulement de l'entrevue (voir Annexe C). De plus, selon Patton (1990) et d'Amour (1997), le guide d'entretien semi-dirigé permet l'émergence des perspectives et des expériences tout en gardant l'interaction centrée sur la personne participante à l'étude.

L'observation

Les éléments observés ont été documentés dans les notes que l'étudiante-chercheuse a rédigées pendant l'entretien et qu'elle a détaillées immédiatement après. Ces notes ont été ajoutées aux verbatims et permettaient de décrire le déroulement, le milieu, les impressions de la chercheuse et le non-verbal de la participante afin de contextualiser les données enregistrées sur bande audio.

La discussion de groupe

Cette discussion a servi de source de données et de validation des résultats d'analyse. Elle s'est déroulée après tes entretiens individualisés. En plus de valider la

progression de l'analyse et la représentation des données, cette discussion de groupe a enrichi les retombées de l'étude en impliquant les participantes dans la construction de la représentation finale à travers un espace de réflexion et de compréhension de leur pratique. Afin de contrer les conflits d'horaire et pour permettre au plus grand nombre de participantes de contribuer au groupe de discussion, deux rencontres ont été prévues au départ, mais à cause d'une multitude de facteurs (congé maladie de long terme, éclosion d'influenza et mise de l'établissement en quarantaine, travail sur un autre quart de travail...) ont fait en sorte qu'une seule rencontre de groupe a eu lieu, à laquelle quatre infirmières ont participé.

Le journal de bord

Ce journal est un outil important en recherche qualitative puisqu'il permet de garder une trace détaillée du déroulement de l'étude et de la progression de la recherche. Il documente, en plus du répertoire chronologique des événements et des détails méthodologiques de la collecte et de l'analyse, l'ensemble des réflexions, impressions personnelles ainsi que les discussions et questionnements lors des rencontres avec la directrice. Le contenu du journal de bord a permis de mieux comprendre le contexte de l'étude et les décisions prises.

Consultation des documents

Finalement, les outils de communication ont été consultés tels que le guide de travail en équipe interdisciplinaire pour le programme de soin de longue durée (version révisée en 1998), le guide de la réunion interdisciplinaire pour le programme d'évaluation de courte durée gériatrique et de la réadaptation fonctionnelle intensive ainsi que le programme de formation interdisciplinaire élaboré par le CESSPA (Lebel & Massé-Thibodeau, 2004). De plus, d'autres documents administratifs concernant la planification stratégique, les énoncés de la mission et le contrat de l'affiliation universitaire ont été consultés afin de mieux comprendre l'importance qu'occupe l'interdisciplinarité au sein de l'organisation.

Analyse des données

L'analyse des données est un processus itératif et créatif qui vise à développer à partir d'un texte une compréhension d'un phénomène humaine complexe. De plus, l'analyse qualitative en soi est une démarche de recherche de sens (Paillé & Mucchielli, 2003) et elle est amorcée dès la première transcription.

Afin d'analyser les données recueillies, la méthode de **Tesch** (1990) a été privilégiée, puisqu'elle est claire permettant de procéder à l'analyse selon une démarche précise et séquentielle. Ce qui caractérise cette méthode d'analyse qualitative est le fait qu'elle permet l'analyse thématique (Paillé, 1994; Paillé & Mucchielli, 2003). Ce type d'analyse inductive permet de générer des thèmes à partir du corpus (Deschenaux & Bourdon, 2005). Dans cette approche, le chercheur essaie de comprendre le monde et le vécu de l'autre et de trouver des éléments qui, une fois agencés et regroupés, permettent de comprendre le phénomène étudié (Deschenaux & Bourdon, 2005) qu'est l'interdisciplinarité dans le cas de cette étude. Selon Tesch (1990), les étapes consécutives à suivre sont : l'immersion dans les données, la décontextualisation suivie de la recontextualisation et la modélisation.

L'immersion dans les données

L'immersion dans les données a débuté par une lecture de toutes les transcriptions ainsi que des commentaires en marge. Suite à la première lecture, plusieurs lectures ont suivi afin de se familiariser avec les données. Par la suite, le sens global et des idées principales qui sont en relation avec les questions de recherche déjà posées ont été dégagés. Par la suite, un résumé de chaque verbatim a été rédigé.

La décontextualisation

La décontextualisation est un processus à la fois descriptif et interprétatif, réducteur et complexifiant. Elle est composée de deux étapes consécutives qui sont la segmentation et la codification :

- La segmentation est un découpage du texte en unités de sens.
- La codification est le processus d'attribuer un code à chaque segment de texte. Le code étant une courte expression désignant une idée précise. À chaque code désigné, correspond une série de verbatims. C'est en regroupant tous ces verbatims que le sens commence à émerger.

À cette étape, les mémos et les notes d'observation sont devenus d'une grande valeur parce qu'ils permettaient d'explorer les propos des participants sous différentes perspectives. Un lexique regroupant tous les codes, leur signification et les verbatims qui s'y rattachent était gardé pour consultation.

La recontextualisation

La recontextualisation (catégorisation et développement de thèmes) a permis de regrouper les codes qui faisaient référence à la même idée. Cette méthode est connue sous le nom de comparaison constante. Selon Guba et Lincoln (1985), il s'agit de considérer chaque code en le comparant aux autres et de déterminer à quel groupe il appartient, de façon à créer une catégorie. La catégorie représente un niveau conceptuel plus élevé que celui des codes. Par la suite, avec la même démarche, les catégories ont été regroupées, puis « inter-reliées » afin de créer des thèmes. Les thèmes choisis devaient avoir une signification en lien avec les questions de recherche posées.

La modélisation

La modélisation (re-représentation) était un travail de synthèse et d'analyse. Elle a permis une mise en relation des différents thèmes afin de créer un sens. Ce type de modèle est un support pour exprimer des opinions, pour caractériser des interrelations ou pour traduire des conceptions particulières (Lehoux et al. 1995). Selon Le Moigne (1990), la modélisation est un acte d'élaboration et de construction délibérées, par composition de symboles, donnant lieu à des modèles susceptibles de rendre intelligible un phénomène perçu comme complexe et d'amplifier le raisonnement de l'acteur. Le modèle élaboré, indépendamment de la forme qu'il prend (une métaphore, une image,

un dessin ou une matrice...) est un objet porteur de sens dans la mesure où les participants à sa construction lui reconnaissent ce rôle (Lehoux et al. 1995). La modélisation a offert un véhicule pour conceptualiser le contenu des discussions et un support pour l'expression des différentes opinions. Le but de la modélisation n'était pas de prescrire aux différentes personnes concernées la façon de procéder, mais plutôt être une source d'inspiration et un moteur qui animent les discussions et génèrent des nouvelles pistes d'interventions.

Gestion des données

Le développement d'un système a permis d'organiser ces données d'une façon structurée facilitant l'accès rapide à l'information et le classement sécuritaire et ordonné de ces données. Pour ce faire, quatre dossiers ont été créés : dossier des entretiens, dossier des discussions de groupe, dossier du consentement et journal de bord.

Dossier des entretiens

Il comprenait l'ensemble des dossiers de tous les entretiens qui se sont déroulés, soit un sous-dossier par participante. Ce sous-dossier comprenait toutes les versions de la transcription des verbatims (initiale et corrigées par la participante) les notes d'observation ainsi que l'enregistrement. Chaque dossier a été identifié par un code que seule l'étudiante-chercheuse connaît. Toutes les transcriptions ont été datées et paginées, et chaque ligne a été numérotée pour faciliter la référence. Un espace libre permettait d'inscrire des commentaires et des observations. C'est la version finale corrigée par les participantes a servi pour l'analyse.

Dossier de consentement.

Étant donné que les noms des participantes figuraient sur les formulaires de consentement, tous ces formulaires ont été regroupés dans un dossier à part, intitulé dossier de consentement, de façon à éviter que les noms ne puissent être associés aux propos figurant dans les transcriptions.

Dossier de discussion de groupe

Il regroupait tout le matériel se rapportant à la discussion de groupe : toutes les ébauches du modèle représentant la perception des participantes et les notes d'observation de la chercheuse pendant la rencontre ainsi que les notes complétées immédiatement après la fin de la rencontre.

Journal de bord

Le journal de bord constituait un dossier distinct. Il était paginé et daté. La séquence des évènements y était classée chronologiquement. Étant donné que le processus de l'analyse a eu lieu simultanément à la collecte des données, il s'est avéré difficile de diviser le journal en deux parties soit méthodologique et analytique. Seul le classement chronologique a été retenu pour fin de rapidité et de facilité d'accès.

Considérations éthiques

Différentes considérations éthiques ont été soigneusement traitées depuis le début de la recherche, notamment tout ce qui a trait à la confidentialité des données et au libre consentement.

Confidentialité

Une attention particulière a été portée à la suppression de toute information pouvant conduire à l'identification des personnes. Les bandes audio des enregistrements sont gardées sous clé dans un lieu sécuritaire et elles seront démagnétisées et détruites après un délai légal de cinq années. Les documents écrits, tels que les transcriptions et les notes d'observation, seront détruits, comme tout document confidentiel, à l'aide d'une déchiqueteuse. Un code précis a été attribué à chaque infirmière participante afin d'éviter que l'identification nominative ne figure sur les bandes audio, sur les notes d'observation ou n'importe quelle forme de formulaire ou documents. Les participantes aux discussions de groupe se sont engagées aussi à maintenir la confidentialité des propos tenus lors des rencontres. Cet aspect a été mentionné dans le formulaire de consentement et a été rappelé, au début de la séance de discussion. Une attention

particulière aussi fut portée aux documents électroniques qui ont servi dans l'analyse et la sauvegarde des données. Seuls, des postes d'ordinateur et portables munis d'un code d'accès individuel ont été utilisés. Le dispositif de stockage des données (clé USB) a été privilégié à cause de la possibilité qu'il soit sécurisé par un code d'accès. En cas de présentation de recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre d'identifier les participants ou de les retracer.

Libre consentement

Afin d'assurer que les personnes sollicitées participent ouvertement et dévoilent librement leurs perceptions, leurs idées, leurs émotions et expériences, la participation des infirmières de nuit n'a pas été sollicitée. Cette exclusion était justifiée par le fait que l'étudiante-chercheuse était leur « supérieur immédiat » ce qui aurait pu provoquer chez ces infirmières un malaise de dévoiler certaines frustrations ou difficultés. Elles auraient aussi pu hésiter à refuser de participer à l'étude, ou bien, vouloir participer non par intérêt pour le sujet mais pour s'assurer une certaine satisfaction de la part de leur supérieur.

Chaque participante avait le droit de se retirer de l'étude quand elle le voulait, sans devoir se justifier ou fournir d'explications. Ce droit fut mentionné par écrit dans le formulaire de consentement. Chaque participante a reçu un résumé de l'entretien qui a eu lieu. Elle a pu apporter toutes les modifications qu'elle a jugées nécessaires.

Il faut aussi mentionner qu'avant toute intervention sur le terrain ou auprès des participantes, le projet a été examiné soigneusement par le comité scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal qui a donné son approbation. Il a été soumis aussi à l'évaluation du comité d'éthique de la recherche de l'établissement concerné. Ce comité a convoqué l'étudiante-chercheuse à une rencontre afin de clarifier et préciser certains aspects avant de l'avoir approuvé (voir Annexe B).

Critères de qualité

Les critères de qualité et de rigueur qui guidé et encadré l'étude sont ceux proposés par Guba et Lincoln (1989), car leur philosophie s'inscrit dans le paradigme constructiviste et est congruente avec le devis de cette étude qualitative. Les critères scientifiques qui ont été retenus sont la crédibilité, la transférabilité et l'imputabilité procédurale.

La crédibilité

Cette notion est l'équivalent qualitatif de la validité interne. Selon Guba et Lincoln (1989), les conclusions d'une recherche sont crédibles lorsque les participants reconnaissent et s'approprient le sens du phénomène étudié. Dans le contexte de l'étude, le critère de crédibilité se vérifie par la correspondance entre les perceptions subjectives des données et les interprétations et l'analyse. Cette crédibilité est concrétisée et assurée par la rétroaction des infirmières participantes lors des discussions de groupe. Ces réflexions provenant des discussions ont fait partie intégrante des données analysées. La crédibilité a également été assurée par le recours fréquent à la littérature disponible pour mettre en perspective les données obtenues lors des entrevues. De plus, la validation de la transcription des entretiens auprès de chaque participante a contribué à cette crédibilité.

La transférabilité

En recherche qualitative, ce critère renvoie à la notion de la validité externe. Il s'agit de la possibilité pour d'autres personnes de pouvoir transférer ou extrapoler les connaissances acquises à d'autres contextes ayant des caractéristiques semblables. La reproduction des résultats de l'étude par d'autres chercheurs est facilitée par la description en détail de l'ensemble des stratégies de collecte et d'analyse ainsi que de l'influence du contexte sur le processus de l'étude. À cette fin, le journal de bord a été un outil incontournable et central pour noter chaque observation, remarque et impression de façon à aider le lecteur à juger de la possibilité de la transférabilité.

L'imputabilité procédurale

Guba et Lincoln (1989) indiquent que le chercheur doit s'assurer que ses interprétations et les résultats de sa recherche émergent du milieu et des participants et non pas de son imagination, perception ou idées. Afin d'assurer la fiabilité des résultats, les auteurs proposent l'imputabilité procédurale comme critère de qualité. Pour répondre à ce critère, le déroulement de la recherche a été décrit en détail, incluant le modèle théorique soutenant l'analyse, les règles de collecte de données et d'échantillonnage. La tenue de rencontres et de discussions hebdomadaires avec la directrice de l'étude afin qu'elle s'assure de la rigueur de la démarche appliquée a soutenu la fiabilité des résultats.

Chapitre IV

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de cette étude. En premier temps, une présentation du profil des participantes est faite. Par la suite, la perception de l'interdisciplinarité de la part des participantes est abordée. Plus précisément, leur rôle en interdisciplinarité en milieu gériatrique, l'apport de l'interdisciplinarité à leur profession ainsi que les différents facteurs qui l'influencent. Par la suite, un modèle élaboré par l'étudiante-chercheuse et peaufiné par les participantes afin de représenter leur perception de l'interdisciplinarité conclut ce chapitre.

Profil des participantes à l'étude

Au total sept infirmières ont participé activement à cette étude (voir Tableau 2). Toutes étaient des femmes. Leurs champs de pratique en gériatrie comprenaient les soins de longue durée, la réadaptation fonctionnelle intensive et l'évaluation courte durée gériatrique. Leurs années d'expérience en tant qu'infirmière variaient entre trois et 33 années et leurs années d'expérience en milieu gériatrique entre trois et 32 pour une moyenne respective de 19,6 et 18 années d'expérience.

En ce qui concerne leur niveau de scolarité, trois des sept participantes avaient une formation collégiale (DEC en soins infirmiers) et deux d'entre elles avaient obtenu un certificat universitaire de 30 crédits, une en gestion et l'autre en soins aux personnes âgées. Les quatre autres participantes ont un diplôme universitaire de baccalauréat dont deux en sciences infirmières et les deux autres en sciences de la santé par cumul de trois certificats.

D'autre part, deux des participantes ont mentionné qu'elles avaient suivi une formation sur le travail interdisciplinaire donnée par le CESP de l'IUGM et elles ont jugé pertinent de le mentionner dans leur profil comme participante à cette étude.

Tableau 2

Récapitulation du profil des participantes

Participantes à l'étude	Nombre d'années d'expérience comme infirmière	Nombre d'années d'expérience en gériatrie	Formation et niveau de scolarité	Formation supplémentaire
1	29	26	DEC	Certificat en gériatrie
2	4	4	DEC	
3	3	3	BAC	
4	28	27	DEC	Certificat en gestion
5	33	32	BAC (Par cumul de 3 certificats)	Formation sur l'interdisciplina- rité
6	22	18	BAC (Par cumul de 3 certificats)	
7	18	16	BAC	Formation sur l'interdisciplina- rité

Présentation des résultats de la recherche

L'interdisciplinarité : une source de richesse et un équilibre difficile

L'analyse des données nous montre que les participantes valorisent l'interdisciplinarité et reconnaissent sa nécessité afin de prodiguer des soins de qualité à la personne âgée. Unanimement, elles perçoivent le travail interdisciplinaire comme une expérience enrichissante qui les aide à approfondir leurs connaissances et à assurer le bien-être de leur patient âgé. Voici ci-après des extraits de verbatims de trois infirmières qui démontrent cette perception positive du travail interdisciplinaire : *« L'interdisciplinarité est un grand plus pour moi elle me permet d'enrichir mes connaissances en tant que professionnelle » (Entrevue 6).*

L'interdisciplinarité est pour assurer le bien être du patient en premier et lui donner des soins de qualité, mais c'est enrichissant pour les professionnels aussi et surtout pour l'infirmière parce qu'elle enrichit ses connaissances en collaborant avec les autres qui sont spécialisés dans leur champs d'expertise. (Entrevue 1)

L'interdisciplinarité est une nécessité... tu ne peux pas tout savoir pour prendre soin de ton patient, il faut que t'aies recours à la compétence des autres professionnels, tu n'as pas le choix c'est une obligation pour donner des soins de qualité pour la personne âgée. (Entrevue 3)

Les échanges avec les autres professionnels stimulent la réflexion et les aident à solidifier leurs compétences. Mais, les participantes semblent hésiter et ressentent une certaine inquiétude en ce qui concerne leur identité professionnelle et leur affirmation personnelle, comme nous pourrions le constater dans les extraits suivants : *« C'est un peu délicat... parce qu'on est des infirmières professionnelles en premier, nous avons étudié pour exercer notre travail comme professionnelle autonome et compétente en premier... et par la suite nous pouvons travailler en interdisciplinarité avec les autres » (Entrevue 7).*

Nous voulons travailler avec les autres parce que pour satisfaire les besoins de notre résident nous avons besoin de l'expertise des autres c'est important mais pas n'importe comment, pas à n'importe quel prix. (Entrevue 4)

Il ne faut pas oublier que pour pouvoir travailler avec les autres et s'entraider il faut être autonome au départ et tout ça c'est parfois un peu compliqué. (Entrevue 6)

L'interdisciplinarité c'est comme une chaîne, sa force est égale à la force de son maillon le plus faible, alors avant tout il faut que le professionnel soit compétent dans sa discipline et son champs d'expertise par la suite il peut travailler en interdisciplinarité, son apport à l'équipe interdisciplinaire devient alors plus de valeur, il y a parfois qui oublient ça...il faut être autonome mais pas encapsulé, il faut être ouvert mais avoir toujours sa place...c'est pas toujours évident ... (Entrevue 5)

En plus de souligner unanimement l'importance de préserver leur autonomie professionnelle comme un précurseur d'une collaboration interprofessionnelle réussie, les participantes insistent aussi sur le fait que cet équilibre entre leur autonomie et identité professionnelle, d'une part, et leur volonté de collaborer et de travailler en interdisciplinarité, d'autre part, est un exercice d'équilibre pas toujours facile, ni évident, comme l'expriment deux participantes :

Pour moi, le plus difficile de l'interdisciplinarité est d'avoir l'équilibre entre notre autonomie comme professionnelle et notre besoin de collaborer et de travailler en partenariat avec les autres pour le bien-être de notre résident et ce n'est pas toujours évident d'arriver à cet équilibre. (Entrevue 4)

L'interdisciplinarité c'est « touchy », c'est comme marcher sur des œufs : tu veux travailler en interdisciplinarité et en équipe et en harmonie avec les autres, mais sans que tu sois avalée par les autres... il faut que tu gardes ton espace, ta bulle et les autres aussi...en tout cas c'est pas toujours facile...la ligne est tellement mince. (Entrevue 3)

Selon cette participante, la nature même du rôle de l'infirmière alimente cette inquiétude :

Moi ce qui me préoccupe chez les infirmières c'est le risque de se dissoudre dans l'équipe, c'est parce que on n'a pas de spécialité comme tel comme par exemple, la nutritionniste s'occupe de la nutrition, l'inhalo s'occupe de la fonction respiratoire, la physio des mouvements et de la marche, la pharmacienne des médicaments... C'est clair pour tout le monde, mais l'infirmière s'occupe du patient c'est tout est rien en même temps... ceci est notre force et il va falloir qu'on la garde. (Entrevue 1)

Comme l'indique les extraits des verbatims suivants, les participantes mentionnent que l'intégration harmonieuse de l'interdisciplinarité dans leur pratique de tous les jours n'est pas toujours acquise et garantie. Elles ajoutent que l'interdisciplinarité se trouve dans une situation de stabilité précaire où plusieurs facteurs peuvent la faire basculer facilement et que parfois l'attitude d'une seule personne peut altérer la dynamique de toute l'équipe.

Tu peux avoir une équipe qui fonctionne super bien...la venue d'un nouveau intervenant qui est encapsulé dans son domaine et ne veut pas collaborer ou qui veut se prouver et prendre sa place...eh bien tout peut basculer comme ça (claquement de doigts). (Entrevue 2)

Je peux te nommer plus d'une raison qui fait en sorte que l'équipe interdisciplinaire est démotivée et marche tout croche... Par exemple tu as un nouveau professionnel qui arrive, il manque de confiance en lui ou n'a pas de confiance dans les autres... il se met sur la défensive, il remet en question la décision de l'équipe, il n'est pas d'accord avec cette décision mais n'a pas le courage de le dire durant la réunion...alors, il boude le plan et ne fait pas son travail à temps sous plusieurs prétextes... Et ça retarde tout le monde, on a l'impression que ça tourne en rond... et par la suite l'équipe est démotivée pourtant au départ c'était une équipe qui fonctionnait bien et qui était efficace et performante... (Entrevue 4)

Elles ajoutent que la prise de conscience de cette instabilité de la dynamique de l'interdisciplinarité est importante afin que les intervenants maintiennent les efforts afin de corriger la situation et rétablir un climat de collaboration.

Nous sommes tous passé par des hauts et des bas avec nos équipes interdisciplinaires et c'est important de se le rappeler quand ça va moins bien pour maintenir les efforts afin que ça aille mieux et de ne pas se décourager... (Entrevue 5)

Les entrevues démontrent que les intervenants attribuent le bon fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire au fait que tous les intervenants placent l'usager au cœur de leurs interventions et que ceci semble encourager et stimuler l'intérêt des infirmières à collaborer. Voici deux extraits de verbatim appuyant cet élément : « *Ce qui me stimule à collaborer avec les autres c'est que toute l'équipe tient à cœur l'intérêt et le bien-être du résident et travaille pour* » (Entrevue 5).

Chez nous je trouve que c'est plus facile de travailler en interdisciplinarité puisque tout le monde vise la même chose : le bien être de notre patient et on travaille tous ensemble pour y arriver. (Entrevue 2)

Durant la discussion du groupe, toutes les participantes ont insisté sur le bien-être de la personne âgée comme étant la cible et l'élément rassembleur des professionnels travaillant en interdisciplinarité dans le milieu gériatrique : « *C'est important qu'on le mentionne clairement et qu'on se le rappelle parce qu'au départ c'est ça le but de l'interdisciplinarité et c'est ça qui nous donne du « jus » pour faire plus d'effort quand ça marche moins bien* » (Discussion du groupe).

Par ailleurs, concernant le chevauchement dans les tâches et le partage dans les rôles des différents intervenants, les participantes considèrent cette réalité comme inévitable quand on parle d'interdisciplinarité : « *Quand on parle d'interdisciplinarité,*

dans ma tête, on parle d'emblée de chevauchement dans les rôles et les tâches c'est comme un pré-requis » (Entrevue 3).

C'est normal qu'il y est un chevauchement dans les rôles quand on travaille ensemble, le contraire serait de travailler en silo, séparé et c'est l'opposé de l'interdisciplinarité et ça nuit au patient. (Entrevue 6)

Je trouve qu'on est l'intervenant qui chevauche le plus avec les autres parce qu'on n'a pas une spécialité comme telle on s'occupe du patient alors veut veut pas, on a des zones communes avec tous les autres sans exception c'est comme si on est le plus habitué à travailler avec les autres. (Entrevue 5)

Malgré que toutes les participantes admettent que le chevauchement dans les tâches et les rôles de différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire se vit relativement en harmonie aujourd'hui, six d'entre elles ont mentionné qu'il y a eu des frictions et des problèmes vécus reliés à cette réalité : *« À cause du chevauchement des rôles il ya eu des frictions avec d'autres professionnels » (Entrevue 3).* *« Il ya eu des fois que ces zones grises ont donné place à des tiraillements un peu le genre de guerre de territoires » (Entrevue 4).*

Selon cinq participantes, principalement les frictions ont eu lieu avec les inhalothérapeutes : *« Je vous dirai que principalement c'est avec les inhalo qu'il a eu des tensions...pas tous les inhalo mais une ou deux en particulier » (Entrevue 3).*

Elles relient cette constatation, comme le montrent les extraits de verbatim suivants, au fait qu'il y a eu des coupures de postes en inhalothérapie et que ce sont les infirmières qui ont récupéré leurs tâches ce qui a causé probablement les tensions et les frictions entre ces deux catégories de professionnels :

Il y a eu des postes d'inhalo coupés, comme par exemple il n'y a pas des inhalo de nuit et de soir, il y a juste une la fin de semaine et il nous ont donné les tâches

d'inhalo aux infirmières... alors quelques unes d'entre elles se sont senties menacées...elles ont pensé que probablement si ça continu de même, il n'y aurait plus d'inhalo et les infirmières récupéreraient tout...elles se sont retrouvées sur la défensive, je les comprends. (Entrevue 5)

Pendant un certain temps ça ne marchait pas avec certaines inhalo, pas juste sur notre département mais presque partout dans l'hôpital... elles pensaient que c'était à cause des infirmières que des postes d'inhalo ont été coupés, elles nous en voulaient en quelque sorte, c'était très laborieux de travailler avec elles, il y a eu plusieurs chicanes on ne travaillait pas en collaboration interdisciplinaire on était en « compétition-interdisciplinaire. (Entrevue 3)

Les deux autres participantes n'ont pas identifié une catégorie particulière de professionnel avec qui la collaboration était difficile, mais elles pensent que ceci dépend des caractéristiques personnelles de chaque professionnel, toute discipline confondue : *« Je ne peux pas dire que c'est juste à cause du chevauchement des rôles parce que les infirmières ont des tâches en commun avec TOUS les intervenants et ça va quand même bien..., mais c'est plus les caractéristiques des personnes » (Entrevue 1).*

La section suivante traite de l'apport de l'infirmière au travail interdisciplinaire et de la place qu'elle occupe au sein de l'équipe selon les participantes.

L'infirmière au sein de l'équipe interdisciplinaire : l'intervenant pivot.

L'analyse des entretiens montre aussi que la place qu'occupe l'infirmière au sein de l'équipe interdisciplinaire est majeure. Les participantes se considèrent comme l'intervenant pivot et elles trouvent que leur proximité et leur disponibilité auprès de la personne âgée leur accordent ce rôle primordial au sein de l'équipe interdisciplinaire :

C'est l'infirmière qui est le pivot, et avec les années je peux dire ça en toute confiance, que c'est l'infirmière le pivot, parce que c'est elle qui est à côté du résident 24h/24 et elle est le seul intervenant qui est là 24h/24, 7 jours par

semaine, pendant les fêtes, la fin de semaine et les fériés, quand tout le monde n'est pas là, l'infirmière est là...(Entrevue 4)

C'est elle qui est la banque de données, le résident lui donne l'information et l'infirmière devient la banque de données et elle l'envoie l'information où elle doit l'envoyer et c'est pour ça qu'elle est indispensable pas juste pour le patient mais pour les autres intervenants. (Entrevue 3)

À cause de sa disponibilité, l'infirmière assure le suivi avec les différents intervenants ainsi qu'avec le bénéficiaire et sa famille : *« Elle a un rôle très important parce que c'est elle qui fait le suivi, du plan d'intervention et avec les autres professionnels s'il y a quelque chose qui ne marche pas ... » (Entrevue 1).* *« Les familles sont souvent là de soir et la fin de semaine non pas de jour et c'est qui est là pour leur parler c'est l'infirmière (Entrevue 6). »*

Elles ajoutent que leur proximité et leur disponibilité auprès du bénéficiaire et de sa famille font d'elles « le porte-parole » de la personne âgée lors de la réunion interdisciplinaire ainsi que lors de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire. Elles précisent que ce rôle supplémentaire que l'infirmière joue est spécifique de ce milieu gériatrique à cause de la vulnérabilité de la personne âgée et leur incapacité souvent d'exprimer clairement leurs désirs et attentes, d'une part et le fait que la famille n'est pas présente lors des réunions interdisciplinaires pour jouer ce rôle, d'une autre part.

Je sens qu'en réunion inter je suis le représentant du résident et de sa famille, peut être si nos bénéficiaires n'étaient pas des personnes âgées et qu'ils sont capables de dire NON je ne suis pas d'accord avec cette décision ... je n'aurai pas à jouer ce rôle. (Entrevue 3)

Ici à l'Institut, les familles ne font pas partie de l'équipe inter... alors c'est les infirmières sont un peu le « porte-parole » du résident et de sa famille parce

qu'on est l'intervenant qui les connaissent le plus, en plus les familles nous le demandent...je pense que les infirmières dans les hôpitaux n'ont pas ce mandat.
(Entrevue 1)

Dans la section qui suit, les différents déterminants relationnels et organisationnels influençant la collaboration interprofessionnelle, qui ont été soulevés par les participantes, sont présentés.

Les déterminants relationnels influençant l'interdisciplinarité

Les participantes ont souligné l'importance de plusieurs déterminants relationnels influençant directement la réussite de l'interdisciplinarité dans leur pratique quotidienne. La communication est soulignée comme étant le plus important des facteurs, les autres étant le leadership, le respect et la confiance mutuelle, la compétence et l'expérience, l'ouverture et le désir de collaborer.

La communication. Unanimement, la communication a été évoquée comme l'élément essentiel et central de la collaboration interprofessionnelle. Pour les participantes, la communication constitue la toile de fond du travail interdisciplinaire : « *Pour moi, ce qui est le plus important c'est la communication, la communication, la communication..* » (Entrevue 2).

Si ça me revient, je m'appellerai pas ça interdisciplinarité ni collaboration interprofessionnelle, je l'appellerai communication interprofessionnelle, juste pour donner une idée tellement la communication c'est important » (Entrevue 4).

La communication englobe la capacité d'écoute et l'envoi d'information et contribue au respect de l'autre :

Tout est dans la façon avec laquelle tu transmets l'information, dans tes capacités de communiquer, d'exprimer tes opinions... on perd beaucoup si on n'a pas une

bonne communication... il y a des infirmières qui sont très bonnes sur le plancher, elles ont le tour avec le résident... mais en réunion inter elles ne savent pas bien s'exprimer, elles ne savent pas exposer leur point de vue..., on ne les prend pas trop au sérieux... Il faut que tu sois claire, affirmative et logique. (Entrevue 7)

Les participantes voient dans la tenue régulière des réunions interdisciplinaires une formule gagnante à préserver. Ces réunions assurent la continuité et le suivi de l'évolution du patient et elles constituent un lieu privilégié d'échanges et de discussions pour les professionnels en vue d'une prise de décision consensuelle : « *C'est une occasion aussi de ventiler certaines émotions ou craintes... à plusieurs reprises j'étais agréablement surprise de savoir que mon malaise été ressenti par les autres aussi* » (Entrevue 3).

Dans la réunion inter tout le monde est présent et donne son avis... alors la décision du plan d'intervention et celle de toute l'équipe...et tout le monde est concerné dans son application...et tu n'es pas seule à prendre des grandes décisions et d'avoir la responsabilité juste sur tes épaules. (Entrevue 6)

J'apprécie beaucoup la formule des réunions inter... c'est un moment privilégié pour toute l'équipe...elle nous permet non seulement de faire le tour de tous les besoins du patient et de faire le suivi mais aussi de discuter et d'échanger nos idées...j'ai l'impression qu'à chaque fois j'apprends de nouvelles choses. (Entrevue 2)

Les participantes reconnaissent tout de même que l'organisation et la tenue de ces réunions sont des grandes consommatrices d'énergie et de temps mais selon elles le résultat en vaut l'effort.

Ça demande du temps et de l'énergie parce que tout doit être planifié à l'avance pour que tous les intervenants puissent gérer leur temps et s'organiser mais pendant ce 20 minutes t'as l'impression que ça résume le travail d'une semaine

parce que c'est concentré et tout le monde s'est préparé parce qu'il savait qu'il y avait une réunion inter...c'est le meilleur moment de discuter des sujets plus « touchy » avec tout le monde à porte fermée. (Entrevue 4)

C'est pour le bien du patient puisque le suivi est fait comme ça, parce que tous les intervenants sont obligés en quelque sorte d'être préparés avant d'arriver à la réunion sinon ça va paraître qu'ils n'ont pas fait leur devoir...ils savaient d'avance qu'un tel jour nous allons présenter madame une telle... (Entrevue 5)

Certaines participantes soulignent aussi l'importance d'avoir des rencontres moins formelles sur une base quotidienne, d'une façon plutôt spontanée pour renforcer la collaboration entre les intervenants : *« C'est pas juste pendant la réunion, on se parle tout le temps d'une façon formelle et informelle et ça c'est important » (Entrevue 7).*

En dehors des réunions inter on se parle tout le temps...je pourrai accrocher une physio ou une ergo dans le corridor et je lui dirai hey pour ta patiente je pense que si on essaye tel ou telle affaire ça pourrait l'aider...ok parfait essaye ça aujourd'hui et on se reparle demain pour évaluer. (Entrevue 2)

Le leadership infirmier. Le leadership des infirmières a été présenté comme un facteur important pour renforcer l'identité professionnelle de l'infirmière au sein de l'équipe et soutenir son affirmation auprès des autres professionnels de la part de six participantes : *« Pour que ton équipe te suive et soit convaincue de la pertinence de ce que tu leur proposes il faut que tu aies un bon leadership...» (Entrevue 3).*

Pour que l'infirmière prenne sa place dans une équipe interdisciplinaire, elle a besoin d'avoir un fort leadership. (Entrevue 4)

Quelques participantes relient étroitement le leadership aux bonnes capacités de communication et de transmission de l'information ainsi qu'à la compétence qui génèrent le respect des autres et solidifie la crédibilité du professionnel. *« Avoir un fort*

leadership c'est emmener les autres à t'écouter et s'intéresser à ce que tu proposes » (Entrevue 5).

Pour que les autres te respectent, Il faut que ce que tu dis soit clair précis et pertinent que t'aies du leadership...si non personne ne va t'écoute. (Entrevue 6)

Tu sais nous les infirmières on n'a pas des chiffres et des grilles comme les autres intervenants, notre apport est beaucoup plus descriptif et narratif, on peut tomber facilement dans le superflu... il faut que tu sois concise claire et affirmative et un avoir un bon leadership... si non tu peux perdre ta crédibilité. (Entrevue 2)

Le respect et la confiance mutuelle. Les participantes estiment que le respect des compétences et des tâches ainsi que la confiance en ses capacités est un déterminant majeur de l'interdisciplinarité, mais insistent sur la condition que ces deux déterminants soient réciproques et mutuels :

La confiance entre nous s'est cruciale parce que si tu n'as pas confiance aux gens avec qui tu travailles...l'interdisciplinarité ne sera pas vraie, elle sera théorique et non appliquée et ça ne sert pas à grand-chose à ce moment là. (Entrevue 2)

Le respect des capacités des membres de ton équipe et la confiance est super importante, mais il faut que ça soit donné-donné, pas juste que c'est nous qui respecte les compétences des autres thérapeutes mais qu'eux autres aussi le fassent. (Entrevue 3)

Pour plusieurs participantes, la confiance peut se traduire concrètement par le courage et l'acceptation d'essayer de nouvelles approches et d'être parfois innovateur et créatif :

Il faut y avoir du respect, le respect des compétences et du champs d'expertise des autres intervenants... mais pas juste respecter pour respecter comme ça, mais le faire concrètement en donnant la chance aux autres de s'exprimer et parfois oser

essayer des nouvelles façon de faire parce que avec les personnes âges les trucs standards ne marchent pas toujours. (Entrevue 5)

Elles ajoutent que la confiance s'établit avec le temps et qu'elle se bâtit avec l'expérience :

La confiance et le respect se gagnent avec le temps...l'équipe doit te laisser la possibilité de démontrer tes capacités comme professionnelle par exemple, en acceptant d'essayer quelque chose de nouveau que tu suggères, mais il faut que tu fasses tes preuves aussi, que tu fasses l'effort... la confiance n'est pas un cadeau gratis il faut que tu le mérites. (Entrevue 4)

Et elles précisent aussi que la confiance est en lien avec la compétence du professionnel :

Quand on voit que tu es compétente alors on a plus confiance en toi et on respecte tes expertises et ceci aide beaucoup le travail interdisciplinaire parce que l'ambiance dans l'équipe devient plus relaxe et aidante parce que tu as confiance dans les autres et les autres ont confiance en ce que tu dis et ce que tu fais... ce sont alors les équipes qui performement le mieux... . (Entrevue 3)

La compétence et l'expérience. Tel que mentionné plus tôt, les participantes établissent des liens entre le respect, la confiance mutuelle, la compétence et l'expérience des infirmières. Elles pensent que la compétence des infirmières est intimement reliée à l'expérience de ces dernières. Cette expérience renforce leurs acquis, leurs connaissances, leur leadership et elle encourage les autres membres de l'équipe à leur faire confiance ce qui bonifie le travail interdisciplinaire : « *il faut que l'intervenant soit compétant dans sa discipline et son champs d'expertise, par la suite, il peut travailler en interdisciplinarité, son apport à l'équipe interdisciplinaire devient alors plus de valeur* » (Entrevue 5).

Le critère principal d'une infirmière qui a du leadership dans son équipe et qui a sa place c'est être compétente dans sa discipline...si tu ne maîtrise pas tes connaissances et ton domaine tu ne peux pas gagner le respect des autres...mais il faut de l'expérience aussi, la compétence vient aussi avec l'expérience, plus t'en vois des cas, plus tu as du bagage et plus tu as des idées pour résoudre des problèmes et répondre aux besoins du bénéficiaire. (Entrevue 2)

Selon plus d'une participante la compétence est inter-reliée aussi au leadership et à la confiance et la performance de l'équipe interdisciplinaire :

Quand tu es compétente et que tu as un fort leadership, tu fais ta place parmi les autres intervenants... à ce moment là, les autres savent qu'ils peuvent compter sur toi et que ce que tu proposes a de l'allure.... (Entrevue 4)

L'ouverture et la volonté de collaborer. L'ouverture aux autres ainsi que le désir et la volonté de collaborer ont été mentionnés par cinq participantes comme ayant aussi une incidence sur la dynamique et la synergie du travail interdisciplinaire. Selon les participantes, cette volonté et cet intérêt à collaborer avec les autres professionnels et les autres disciplines sont générateurs de créativité et assurent le maintien de cette collaboration : « *Les intentions sont importantes aussi, il faut que tu veuilles travailler avec les autres et que tu sois ouverte aux échanges*» (Entrevue 3).

Il faut que ça vient de toi, de ton intérieur...pas que tu le fais parce que ton infirmière-chef ou ton boss te le demande ou parce que t'es obligée... si non ça va paraître que tu n'es pas intéressée. (Entrevue 5)

Comme on dit vouloir c'est pouvoir, quand on veut vraiment collaborer avec les autres et que la volonté et l'intérêt sont là, on trouve mille et une façon pour régler les problèmes... parce que je la volonté et l'ouverture aux différents idées nous poussent à être créatifs et persévérants. (Entrevue 4)

Par ailleurs, durant la discussion du groupe, les participantes ont affirmées, unanimement, que tous les déterminants mentionnés ci-dessus sont intimement inter-reliées :

C'est comme une recette de gâteau, tous les ingrédients sont importants si t'enlèves un, ton gâteau est raté... Moi je n'ai pas nommé l'expérience, mais dans ma tête quand tu es compétente et tu a du leadership, c'est d'emblée que tu as un bon bagage d'expérience derrière tout ça... Tu ne peux pas avoir confiance en un professionnel qui n'est pas compétent, et tu ne peux avoir une infirmière qui a du leadership et qui est compétente mais qui ne sait pas communiquer ou n'a aucune expérience... (Discussion du groupe)

Déterminants structurels influençant l'interdisciplinarité

La disponibilité des ressources. En essayant d'explorer les déterminants structurels de la collaboration interprofessionnelle, notamment le rôle de la délégation et la formalisation dans la pratique interdisciplinaire, les participantes ne semblaient pas vraiment avoir de réponse précise. Ainsi à la question : « Est-ce qu'il y a selon vous des facteurs provenant de l'extérieur de l'équipe qui peuvent influencer l'interdisciplinarité à l'intérieur de l'équipe? », elles ont répondu : « *Non... pas vraiment* » (Entrevue 2).

Bien il doit en avoir puisque tu demandes la question mais je ne pourrai pas te dire exactement...ce dont je t'en avais parlé sont les plus importants selon moi » (Entrevue 7).

Par ailleurs, en réponse à la question : « Est-ce que vous pensez que l'organisation ou d'autres instances ont un rôle à jouer pour promouvoir l'interdisciplinarité? », elles avaient encore peu de réponses à apporter : « *[silence]ils peuvent nous ajouter du personnel, c'est sûr que ça peut aider* » (Entrevue 5).

Euh... je ne pense pas. (Entrevue 6)

Par ailleurs, la pénurie d'infirmières, le manque de stabilité des membres de l'équipe et le roulement des professionnels ont clairement été identifiés comme un facteur contraignant de la pratique interdisciplinaire. En effet, c'est le seul facteur structurel qui a été mentionné par six des sept infirmières participantes : « *Notre équipe est stable et on se connaît bien...l'interdisciplinarité chez nous ça glisse comme sur du beurre* » (Entrevue 2).

Quand tu connais bien la personne avec qui tu travaille et puis elle te connaît bien et connaît bien le patient, ça va beaucoup mieux et ça va plus vite aussi. (Entrevue 7)

Ainsi, la stabilité des équipes permet à ces dernières de mieux connaître leur clientèle et d'assurer une bonne continuité et un meilleur suivi ce qui améliore la qualité des soins. Les participantes mentionnent que le roulement du personnel au sein de l'équipe, notamment en ce qui concerne les infirmières, est un élément contraignant pour le travail interdisciplinaire et constitue une source de frustration et d'insatisfaction. Elles ajoutent que depuis un certain temps cette problématique semble s'aggraver :

Au niveau des soins infirmiers, nous autres ce qui est un obstacle ou plutôt une frustration c'est que des fois on arrive pour présenter un patient qu'on ne connaît pas... on fait la répartition des patients le matin...qui qui connaît monsieur un tel quand c'est juste des équipes volantes et des infirmières auxiliaires qui travaillent avec toi... c'est un petit peu frustrant...parce que t'arrives à l'équipe inter t'as vu ton patient une fois la semaine passée et il faut que tu le présentes...c'est démotivant, et ça arrive de plus en plus souvent.... (Entrevue 4)

De nos jours ça roule beaucoup, depuis deux mois, à cause des infirmières d'agence, nous n'avons pas eu la même infirmière régulière qui a assisté à plus

d'une seule réunion pour le même patient... ça n'a aucun sens! (Entrevue 6)

Il y a moins de stabilité d'équipe, tu dois présenter un patient à l'équipe inter que t'as vu une fois, on a des outils d'évaluation, bon : comment il se lave, se déplace... mais parfois le médecin peut te demander une question plus précise : est ce que tu trouves qu'il est moins déprimé depuis qu'on a changé sa médication la semaine passée?...ben... je ne sais pas...ça c'est un peu frustrant et ça diminue notre crédibilité je trouve. (Entrevue 7)

Explication et analyse de la représentation

La représentation de la perception de l'interdisciplinarité telle qu'élaborée par les infirmières participantes lors de la discussion de groupe est maintenant présentée. Au début de la rencontre de groupe, les thèmes généraux qui étaient ressortis de l'analyse des entretiens semi-dirigés ont été présentés aux participantes par l'étudiante chercheuse. Par la suite, les participantes ont construit une représentation (voir Figure 11) qui, selon elles, reflètent le mieux leur perception de la collaboration interprofessionnelle.

Pour les participantes, l'interdisciplinarité réussie est principalement une question d'équilibre. La balance dans la représentation reflète cette quête d'équilibre entre l'autonomie et l'affirmation professionnelle d'un côté et le partenariat et la synergie interprofessionnels de l'autre. L'image de la balance a un double sens pour les participantes puisqu'elle reflète l'idée que l'équilibre est possible et accessible quand tous les déterminants ciblés sont présents de part et d'autre de la balance, mais elle signifie aussi qu'un effort doit être toujours déployé pour maintenir cet équilibre établi en préservant ces déterminants. Parmi tous les déterminants, les infirmières voulaient mettre en relief l'importance de la communication dans la pratique de la collaboration et, à cet effet, elle occupe à elle seule la barre centrale de la balance : « *La communication doit avoir une place particulière et spéciale différente des autres...c'est tellement important qu'elle soit mise en valeur* » (Discussion du groupe).

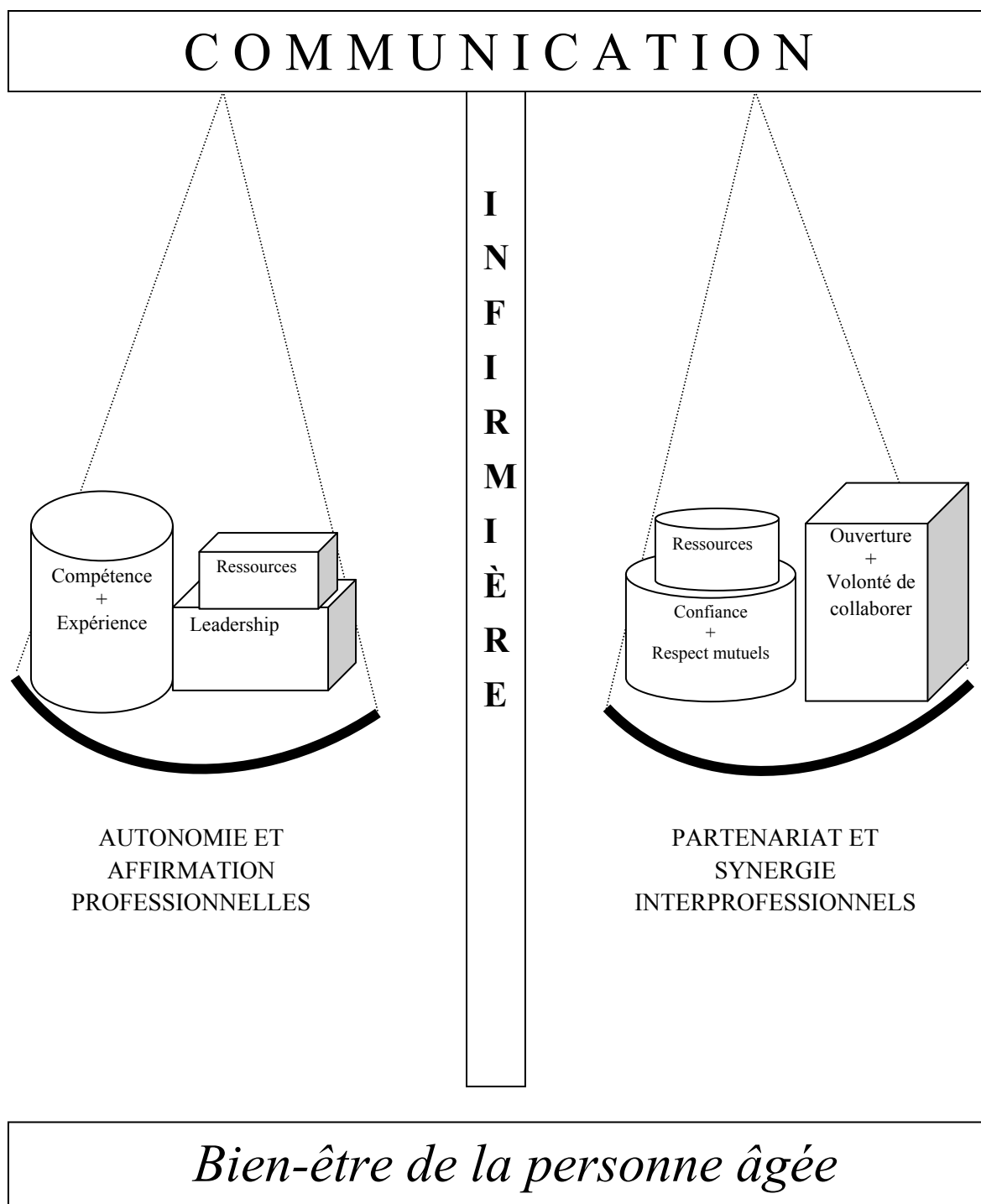


Figure 11. Représentation de la perception de l'interdisciplinarité des participantes.

Par ailleurs, parmi les déterminants structurels, selon les participantes, la disponibilité ou le manque de ressources affectent l'autonomie professionnelle des infirmières et la synergie de l'équipe interprofessionnelle simultanément. C'est pour cette raison que le déterminant « ressources » fut placé des deux côtés de la balance.

L'infirmière représentée comme le support central de la balance reflète le rôle pivot de l'infirmière au sein de l'équipe interdisciplinaire. Sa proximité et sa disponibilité auprès de la personne âgée font de l'infirmière sa porte-parole, ce qui est illustré par le fait qu'aucun obstacle ne sépare l'espace qu'occupe le bien-être de la personne âgée et l'infirmière. L'intérêt de tous les professionnels de l'équipe interdisciplinaire converge vers le bien-être de la personne âgée qui constitue la base de la pratique interdisciplinaire, tout comme dans notre représentation où il forme la base de notre balance.

Mettre l'infirmière proche de la place de la personne âgée...parce qu'en réalité on est proche... que la case de l'infirmière soit en prolongation de celle du résident ça veut dire qu'on est la continuité, le représentant...si le bien-être du résident est la base, nous on doit être ici, le pivot dans le vrai sens du mot. (Discussion de groupe)

Par ailleurs, les participantes ont insisté sur le fait de présenter une image de l'interdisciplinarité en équilibre et réussie puisqu'elles jugent que leur expérience en collaboration interprofessionnelle est de façon générale, positive et enrichissante. « C'est important que l'image qu'on donne soit positive parce qu'en gros chez nous l'interdisciplinarité marche bien, il ne faut pas que ça soit décourageant...Malgré les petits « bobos » l'inter est un plus à l'institut...il faut que ça parait » (Discussion de groupe).

Suite à la présentation de ce modèle, il s'avère important de préciser qu'afin de rester fidèle à la perception des participantes et pour respecter leur choix, la représentation tel qu'élaborée par les participantes lors de la discussion de groupe est

celle qui vient d'être présentée. Suite à la présentation des résultats, la discussion à propos de ces résultats fait objet de la section suivante.

Chapitre V

La discussion

Dans cette section, les résultats sont comparés aux écrits afin d'évaluer si le caractère de la collaboration du milieu est unique ou si les mêmes notions découvertes se sont retrouvent dans d'autres centres et contextes différents. Par la suite, les limites de la présente étude ainsi que des pistes de réflexions sont abordées. Enfin, les implications de cette recherche et certaines recommandations terminent cet ouvrage.

Suite à l'analyse des entretiens, les participantes résument l'interdisciplinarité comme un processus d'équilibre parfois difficile entre leur désir d'affirmer leur identité professionnelle et leur désir de collaborer et de travailler en synergie avec les autres intervenants, et ce, pour le bien-être de la personne âgée. Elles trouvent que l'apport de l'infirmière à l'équipe interdisciplinaire est indispensable et que sa disponibilité et sa proximité du patient lui donne un statut privilégié au sein de l'équipe interdisciplinaire. Elles soulignent aussi, qu'à cause de la vulnérabilité des personnes âgées et de l'absence des familles au sein des équipes interdisciplinaires, les infirmières sont portées à jouer un rôle plus spécifique à ce milieu gériatrique, c'est-à-dire celui de porte-parole de la personne âgée. Elles identifient unanimement la communication comme l'élément déterminant d'une collaboration réussie. Elles ajoutent que le leadership, la compétence et l'expérience de l'infirmière sont des déterminants importants pour interdisciplinarité réussie alors que la présence du désir de collaborer et le respect mutuel doivent présents être chez tous les intervenants de l'équipe pour collaborer harmonieusement. Par ailleurs, parmi tous les facteurs structurels et organisationnels, seule la pénurie des ressources professionnelles a été identifiée comme un déterminant ayant une incidence sur le travail interdisciplinaire.

Les infirmières participantes valorisent le travail interdisciplinaire et le considèrent comme une source d'enrichissement professionnel grâce à la jonction des expertises mises au service du client, ce qui rejoint les propos de Fourez (2001) et Kerouac et al. (2003). Schofield et Amadeo (1999) sont du même avis aussi et ils trouvent que travail en interdisciplinarité bonifie et augmente l'appréciation de sa propre discipline tout en permettant une meilleure compréhension de la nature du travail de chaque intervenant. Dans le même courant d'idée, Manière et al. (2005) soulignent que

le partage, l'analyse, la réflexion et les échanges entre les intervenants permettent un enrichissement autant sur le plan personnel que professionnel, ainsi qu'un développement des connaissances, des savoirs et des compétences. Vu sous cet angle, l'interdisciplinarité constitue une forme de formation continue pour les professionnels et une mise à jour de leurs connaissances (Camiré, 2005). Ce type de formation continue est particulièrement important pour les intervenants en géronto-gériatrie (Sandragne & Bonnery, 2006). Selon ces auteures, le profil de la personne âgée est en évolution continue et, par conséquent, l'ensemble des connaissances s'y rapportant l'est aussi, alors les intervenants auprès des personnes âgées doivent adapter et enrichir leurs savoirs par l'interdisciplinarité.

Par ailleurs, les participantes soulignent d'avoir vécu des expériences interdisciplinaires plus difficiles où des tensions et des frictions avec d'autres professionnels ont créé un climat de méfiance et de confrontation. Les infirmières pensent que les zones grises communes avec les autres professionnels peuvent être source de conflits si les professionnels ressentent leur spécialité ou leur stabilité d'emploi menacées. Ce fut le cas surtout avec des inhalothérapeutes. L'avis des participantes corrobore l'étude D'Amour (1997) qui conclue que les professionnels sont peu ouverts et craintifs face au partage de zones et de responsabilités communes. Par ailleurs, de même avis que Lepage (2008), les participantes reconnaissent aussi l'inévitabilité du chevauchement des rôles et des tâches dans un contexte d'interdisciplinarité.

Chaque professionnel cherche à donner un sens à sa pratique en interdisciplinarité en modifiant ses actions en fonction des valeurs et des croyances communes de l'équipe. Comme le bien-être du bénéficiaire est placé au centre des intérêts et constitue le cœur du travail interdisciplinaire, cela valorise le sentiment d'appartenance à cette équipe et stimule le désir de collaborer (Viens, 2006). L'interdisciplinarité peut alors être perçue comme une valeur ajoutée, une façon créative et constructive de faire face à des situations complexes (D'Amour, 1997; Viens, 2006). C'est pour cette raison que le bien-être de la personne âgée est considéré comme la pierre angulaire du travail

interdisciplinaire et fut placé comme la base solide soutenant l'interdisciplinarité dans notre représentation (Figure 11). De plus, la convergence des intérêts et des efforts des infirmières et de l'équipe interdisciplinaire vers le bien-être de la personne âgée s'arrime parfaitement avec la philosophie et les lignes directrices de l'IUGM et constitue un atout à la collaboration interprofessionnelle. Ce sens d'adhérence à un but commun et à une visée partagée par tous les membres de l'équipe, d'une part, et entre l'équipe et l'organisation, d'une autre part est cruciale pour l'interdisciplinarité et correspond à la dimension de la finalisation dans le cadre de référence de D'Amour (1997).

Les infirmières reconnaissent l'importance de l'apport de chaque professionnel au sein de l'équipe interdisciplinaire, mais elles soulignent que l'infirmière a un statut privilégié reconnu par les autres membres de l'équipe. Leur avis est appuyé par les écrits de Voyer (2000) et Wylie (1994) qui, tout comme les participantes, associent ce statut à l'horaire et à la disponibilité des infirmières auprès du résident qui leur permettent de pouvoir évaluer le progrès et l'évolution et d'assurer le suivi auprès de la famille et des autres intervenants membres de l'équipe. Selon Kérouac et al. (2003), l'infirmière apporte une contribution distincte à la pratique interdisciplinaire puisqu'elle est centrée sur la manière singulière dont la personne vit son expérience de santé, elle trace le portrait de la personne sans juger ni s'ériger en experte. Au Québec, plusieurs instances politiques et professionnelles, notamment le MSSS, l'OIIQ et la FIIQ, sont du même avis et reconnaissent aux infirmières un rôle pivot et incontournable dans le travail interdisciplinaire afin de prodiguer des soins de qualité à la population (FIIQ, 2001; OIIQ, 2001).

Très conscientes de l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle, les participantes signalent tout de même que cette pratique n'est pas un substitut à l'autonomie professionnelle. Tout comme Kérouac et al. (2003), les infirmières pensent que la compétence et l'expertise professionnelle ainsi que la conception claire de leur propre discipline contribuent à la réalisation optimale des objectifs de l'équipe interdisciplinaires et qu'elles jouent le rôle d'un précurseur d'une interdisciplinarité réussie. Dans le même sens, Fortin (2000) appuie l'avis des participantes en suggérant

de consolider sa propre identité professionnelle et d'établir des limites claires avant d'aller à la rencontre d'autrui afin d'avoir une collaboration interdisciplinaire plus fructueuse. D'Amour (1997) est du même avis et explique qu'en général, les professionnels estiment qu'être « plus solides » dans sa profession, permet d'être en meilleure position pour collaborer avec les autres professionnels.

Les participantes trouvent aussi qu'à cause de la vulnérabilité des personnes âgées, de leur incapacité souvent à exprimer clairement leurs demandes et de leurs déficits cognitifs, les infirmières se sentent portées à être leur porte-parole lors des réunions interdisciplinaires. Selon elles, ce rôle est d'autant plus important, dans ce milieu en particulier, puisque les familles sont absentes lors de ces rencontres. Effectivement les écrits démontrent que c'est le proche aidant qui joue souvent ce rôle de protecteur et de porte-parole, voire même de plaidant pour la personne âgée en établissement (Vézina & Pelletier, 2004), et qu'en son absence ou son incapacité, les infirmières sont souvent portées à assumer ce mandat d'une façon spontanée (Belmin, Amalberti & Béguin 2005; De Bouvet & Sauvaige, 2005). D'autres iraient même jusqu'à dire qu'être un bon porte-parole de la personne âgée devrait être une compétence clé du personnel infirmier en gériatrie (Anderson, Parent & Huestis, 2002).

Indépendamment du modèle impliquant la collaboration interdisciplinaire, la question de la place du patient est pratiquement toujours abordée (D'Amour et al., 2004). Suite à l'analyse de nos résultats guidée par le modèle conceptuel de D'Amour (1997), le patient âgé et sa famille sont davantage considérés comme des agents extérieurs faisant partie de la régulation exogène de la collaboration interprofessionnelle. Malgré que la régulation exogène soit un élément non négligeable pour une interdisciplinarité réussie selon notre cadre de référence aussi, l'absence du patient âgé et de son proche aidant dans l'équipe interdisciplinaire semble être une embuche importante à une collaboration interprofessionnelle fructueuse et mériterait une attention particulière. L'auteur du modèle (D'Amour, 1997) explique cette situation comme suit :

L'absence du client devient un élément paradoxal qui, non exprimé ou même inconscient, peut paralyser la concrétisation du travail interprofessionnel et empêcher les professionnels d'élaborer ensemble le plan d'intervention. La collaboration interprofessionnelle dans les processus cliniques n'a de sens que dans la mesure où c'est le client qui identifie la situation à corriger ainsi que les objectifs à atteindre pour que la situation redevienne satisfaisante ou acceptable pour lui-même. (p.188)

D'où nous pensons que l'équipe interdisciplinaire devrait inclure la personne âgée ou son proche aidant et trouver une autre source de régulation. Toutefois, dans ce contexte particulier, nous pouvons voir un certain effet compensatoire dans le fait que les infirmières se sentent responsables de jouer le rôle de plaidant du patient âgé et se portent volontaires de l'assumer, puisque ce rôle diminuerait partiellement l'effet de l'absence de la personne âgée et atténuerait les risques potentiels que l'équipe interdisciplinaire se substitue à la personne âgée et sa famille dans les prises de décisions. D'autant plus que cette possibilité représente une inquiétude d'ordre éthique importante face à la pratique interdisciplinarité en milieu gériatrique (Manière et al., 2005).

Il faut souligner que, de façon générale, les participantes estiment que leurs expériences et leur perception de l'interdisciplinarité sont positives et que leur désir de collaborer avec les autres professionnels et leur valorisation de l'interdisciplinarité sont très concrets et présents. Cependant, contrairement à ce qu'on trouve dans la littérature (Mansourimoaid et al., 2000 ; Miller, 2004 ; Strechi, 2007), le nombre d'années d'expérience et le niveau de scolarité ne semblent pas avoir un effet significatif sur leur perception. L'analyse des résultats de cette étude ne nous a pas permis de constater une différence entre la perception des infirmières de formation collégiale et universitaire, ni entre celles des plus jeunes et des plus chevronnées dans ce contexte.

Les facteurs relationnels influençant l'interdisciplinarité

Les résultats concernant les déterminants relationnels de l'interdisciplinarité sont congruents avec les écrits sur la collaboration interprofessionnelle dans les soins de la santé en général et avec les éléments de l'intériorisation et de la finalisation du modèle conceptuel de D'Amour (1997) en particulier. Les déterminants relationnels soulevés étant la communication, le leadership, le respect et la confiance mutuelle, la compétence et l'expérience, ainsi que l'ouverture et la volonté de collaborer. Ces différents déterminants sont détaillés dans la section qui suit.

La communication

La communication a toujours été identifiée dans les écrits comme un facteur relationnel de la collaboration interprofessionnelle et qu'elle constitue l'élément central de l'interdisciplinarité (D'Amour, 1997; Faria, 2009). Certainement, sans communication entre les infirmières et les différents professionnels la collaboration n'existerait pas. Plusieurs études ont affirmé que la collaboration entre les professionnels de la santé exige de bonnes aptitudes de communication (Baggs & Schmitt, 1997; Miller, 1997). Ainsi, une communication efficace constitue un élément essentiel de la pratique collaborative (Way et al., 2000) et sa déficience peut induire des erreurs médicales et une piètre qualité de soins (Evanoff et al., 2004).

L'importance de la communication réside dans le fait qu'elle constitue un véhicule pour d'autres facteurs influençant la collaboration comme le respect mutuel, le partage et le degré de collaboration (Asmar, 2007; Henneman et al., 1995). La communication est un antécédent critique puisqu'elle sert de précurseur à l'articulation d'autres antécédents de la collaboration. De plus, une bonne capacité de communiquer est une compétence clé des professionnels travaillant auprès des personnes âgées (Anderson et al., 2002).

Afin de mettre en perspective la place primordiale qu'occupe la communication pour les participantes à cette étude et puisqu'elles l'ont identifiée unanimement comme étant le facteur essentiel influençant la dynamique interdisciplinaire au sein d'une

équipe, nous l'avons présentée sous forme de levier principal du travail interdisciplinaire qui procure la stabilité et l'équilibre nécessaire à la collaboration interprofessionnelle (Figure 11).

Selon Cormier (2006), d'un point de vue fonctionnel, la communication efficace permet de travailler ensemble, de définir et d'atteindre des objectifs communs. Vue sous cet angle, la finalité de la communication efficace ressemble étrangement à celle de l'interdisciplinarité « *un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun* » (Asmar, 2007, p. 3).

La communication est un outil très important dans l'élaboration du travail d'équipe (Gladstein, 1984). Mais, il est essentiel que les intervenants appliquent les règles de base de la communication, notamment l'écoute active et l'envoi de message clair et précis (Cormier, 2006; Faria, 2009). Pour atteindre cette communication efficace les intervenants disposent d'une panoplie d'outils dont les réunions interdisciplinaires qui ont été identifiées par les participantes comme une étape importante du travail interdisciplinaire.

La fréquence et la régularité des contacts entre les différents acteurs favorisent la collaboration. Les intervenants doivent toutefois se sentir libres de générer des idées et d'avoir la possibilité d'expérimenter de nouvelles façons de faire, tout en se sentant responsables des résultats (Faria, 2009; Lajeunesse, 2009). La nécessité d'avoir des lieux et des moments d'échange réguliers pour assurer l'évolution favorable d'un changement, ainsi que pour obtenir et maintenir une bonne collaboration est incontestable (Evanoff et al., 2004; Lajeunesse, 2009; San Martin-Rodriguez et al., 2005; Zwarenstein, & Bryant, 2000). Plus précisément en milieu gériatrique, la coexistence de plusieurs facteurs, tel que le côtoiement et la confrontation de la mort sur une base régulière, la pénurie des ressources et le manque de reconnaissance, sont des sources de difficultés voire même de souffrance pour les intervenants (Landry, 1999) qui sont les plus exposés à l'épuisement professionnel (Sandragne & Bonnery, 2006). Selon Landry (1999), les réunions interdisciplinaires sont un lieu d'échange et de parole

ainsi qu'une forme de soutien qui peuvent contribuer à atténuer ce malaise ressenti par les soignants et diminuer, par conséquence, leur épuisement professionnel. Par ailleurs, la présence et les rencontres dans un même milieu physique réduisent le cloisonnement professionnel et stimulent la collaboration (Mariano, 1989). Pour toutes ces raisons, nous pouvons comprendre facilement que les participantes accordent beaucoup d'importance à la tenue régulière de rencontres interdisciplinaires, et ce, malgré l'effort de gestion et de temps qu'elles nécessitent. Par ailleurs, les participantes reconnaissent aussi l'importance d'échanges moins formels sur une base quotidienne pour renforcer le partage de l'information et la collaboration, ce qui corrobore les propos Reeves & Lewin (2004) et Viens (2006).

Bref, à travers leurs échanges, les intervenants définissent et négocient plusieurs aspects de leur relation, notamment le partage de l'information, le degré d'influence réciproque acceptable, la marge d'initiative et d'autonomie permise, le degré du soutien attendu ainsi que la confiance mutuelle et ce d'une façon implicite (Cormier, 2006; Manière et al., 2005). Plusieurs études sur la communication au sein des organisations ont démontré qu'une communication efficace était responsable de plus de 60 % de la variance dans la satisfaction au travail; plus satisfaits au travail, les employés sont plus productifs et plus enclins à collaborer à l'atteinte des objectifs fixés en améliorant l'efficacité et l'efficacité du travail (Cormier, 2006).

Le leadership infirmier

Outre la communication, le leadership a été présenté comme un facteur déterminant pour soutenir l'affirmation et l'identité professionnelle. Ce constat est affirmé dans la littérature par les résultats de plusieurs études (D'Amour, 1997; Hansen et al., 1999; Lepage, 2008). Dans l'étude de Beaulieu et al. (2006), une des conclusions était qu'un leadership fort est un facteur important dans le développement de la collaboration.

Le leadership peut être considéré comme un processus d'influence à l'intérieur d'une équipe où le leader a une influence sur les autres en les amenant à se comporter

d'une certaine façon afin d'atteindre les objectifs (Lepage, 2008). Pour devenir un leader au sein d'une équipe, l'infirmière doit être capable d'utiliser son savoir disciplinaire pour expliquer son jugement clinique (Doyon, 2009) et ceci requiert de bonnes capacités de communication (Cormier, 2006) et la maîtrise de ses compétences disciplinaires (Kérouac et al., 2003).

Cependant, il s'avère important de souligner qu'en ce qui concerne la notion de leadership mentionné lors des entrevues, les participantes se sont contentées d'aborder les concepts de leadership personnel des intervenants, les traits de caractères, la personnalité et non pas le leadership collectif ou organisationnel faisant aussi partie des déterminants structurels de la gouvernance selon le cadre de D'Amour (1997).

Le respect et la confiance mutuelle

Le besoin de confiance et de respect mutuels entre les professionnels de santé est un déterminant de la collaboration interdisciplinaire et ceci fut bien fondé dans plusieurs écrits (Baggs & Schmitt, 1997; Corser, 1998; Henneman et al., 1995; Kérouac et al., 2003; Miller, 1997; Manière et al., 2005; Faria, 2009; Way et al., 2001). Ce désir semble être important chez les infirmières en milieu gériatrique puisqu'elles sont souvent insuffisamment valorisées et qu'elles ont été considérées pendant longtemps comme des infirmières de second ordre et rarement comme des professionnelles (Engelstein, Marzais & Michot, 2004; Landry 1999). Les participantes de notre étude ont bien identifié la présence de confiance et de respect mutuels comme un facteur indispensable de la collaboration entre les intervenants et un précurseur de l'établissement d'une synergie au sein d'une équipe. Selon Mariano (1989), le respect et la confiance mutuelle forment des précurseurs à la collaboration interdisciplinaire et exigent que les membres de l'équipe reconnaissent et valorisent la complémentarité de l'expertise et des rôles des autres professionnels ainsi que leur interdépendance.

L'avis des participantes concorde aussi avec les résultats des recherches menées par Hallas, Butz et Gitterman (2004) et Way et al. (2000) qui ont identifié le respect des compétences et la confiance mutuelle parmi les éléments clé de la collaboration

interdisciplinaire. D'autre part, Jones et Way (2004) ont identifié la confiance et le respect mutuels comme étant l'élément rassembleur de tous les autres éléments relationnels de la pratique de collaboration. Pour Manière et al. (2005), faire confiance à l'autre, c'est le reconnaître et le respecter. Elles ajoutent que l'aspect collectif de l'équipe interprofessionnelle ne substitue pas l'aspect personnel des intervenants qui la compose et où chacun doit se sentir reconnu et respecté. De plus, le respect, la confiance et la reconnaissance mutuels forment des facteurs de motivation et ils préviennent l'épuisement professionnel, notamment en milieu gériatrique.

De plus, dans une étude menée par Alderson (2001) à l'IUGM et visant à analyser la psychodynamique du travail infirmier en soins de longue durée, les résultats montrent que les infirmières souffrent d'une perception de manque de reconnaissance de leur autonomie et de leur pouvoir professionnel ainsi qu'une sous utilisation de leur expertise infirmière. La chercheuse ajoute que la souffrance de ces infirmières est reliée à une ambiguïté dans la définition des rôles et des tâches de leur pratique professionnelle. Ces résultats illustrent et expliquent davantage la raison pour laquelle ce désir de reconnaissance et de respect de leurs compétences est particulièrement important pour les infirmières de ce milieu.

La compétence et l'expérience

Les participantes soulignent que la compétence des infirmières est nécessaire pour avoir une interdisciplinarité réussie. La compétence est un concept large. En soins infirmiers, la compétence infirmière peut être définie comme d'agir en pleine autonomie pour évaluer, élaborer des stratégies adaptées au client, anticiper son évolution tout en assurant le suivi et utiliser ses savoirs pour exercer un jugement clinique et en être imputable (Doyon, 2009). La compétence, incluant l'analyse critique et le jugement clinique, se raffine avec l'expertise de l'infirmière (Kérouac et al., 2003). C'est probablement pour cette raison que la compétence et l'expérience sont deux concepts intimement reliés pour les participantes. Même les participantes les plus jeunes (trois années d'expérience) reconnaissent la valeur de l'expérience pour renforcer les connaissances, l'expertise et la compétence des professionnels. Les chercheurs

conviennent, tout comme les participantes, que la confiance et le respect dépendent des compétences des professionnels, de leurs connaissances ainsi que leur expérience (Baggs & Schmitt, 1997; Faria, 2009; Henneman et al., 1995; San Martin-Rodriguez et al., 2007).

Cette constatation corrobore aussi les travaux de Henneman et al. (1995) qui affirment que la confiance mutuelle prend du temps à s'établir et qu'elle peut être accélérée grâce aux expériences des intervenants. De plus, dans l'étude de Camiré (2005), la compétence individuelle s'est révélée comme le principal « input » pour réussir la structuration de l'action collective et elle est le déterminant le plus à même d'influencer les dynamiques interprofessionnelles en ce milieu gériatrique.

Une fois de plus, les infirmières en milieu gériatrique sont particulièrement sollicitées à prouver leur compétence aux autres. Ceci n'est pas surprenant quand nous prenons connaissance qu'au sein même de la profession infirmière, la majorité des infirmières pense que le *vrai nursing* est celui des soins aigus et intensifs et qu'elles croient que les infirmières qui pratiquent dans ces domaines sont les plus performantes et que les soins gériatriques sont les moins exigeants, les plus prédictibles et faciles (Leppa, 2004).

L'ouverture et la volonté de collaborer

Le désir et la volonté de collaborer constituent le facteur le plus important dans la mise en application d'une pratique interdisciplinaire (Henneman et al., 1995) puisque la collaboration est par nature volontaire (D'Amour, 1999). Cette volonté de collaborer dépend de plusieurs facteurs tel que le savoir et la formation professionnelle, les expériences de l'intervenant ainsi que sa maturité et son ouverture aux autres (Henneman et al., 1995).

L'avis des participantes sur l'importance du désir de collaborer et de l'ouverture envers autrui correspond aux résultats de la revue de littérature effectuée par Anderson (2004) sur les facteurs influençant la pratique de collaboration entre les professionnels.

Parmi les huit déterminants les plus influant le désir de collaborer et l'ouverture à la différence ont été identifiés. De plus, ces résultats sont appuyés par ceux qui résultent de l'étude de Way et al. (2000).

Déterminant structurel influençant l'interdisciplinarité

Disponibilité des ressources et stabilité du personnel

Les participantes ont mentionné que la stabilité des équipes contribue à la réussite du travail interdisciplinaire d'une équipe et favorise l'intégration des soins ainsi que l'établissement d'une relation de confiance. Les écrits de Manière et al. (2005), Viens (2006), D'Amour (1997) et San Martin Rodriguez et al. (2005) confirment l'avis des participantes.

Au Canada en général et au Québec en particulier, la pénurie des ressources professionnelles dans le domaine de la santé est une réalité qui affecte la pratique de tous les intervenants. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine des soins infirmiers où la pénurie affecte la motivation et diminue la satisfaction au travail des infirmières qui ressentent l'effet de cette pénurie sur une base quotidienne. Cette pénurie est encore plus criante en milieu gériatrique qui ne paraît pas très attrayant pour les infirmières. La situation ne semble pas s'améliorer puisqu'à travers le Canada seulement 5% des étudiantes finissantes en soins infirmiers sont attirées à choisir la gériatrie comme milieu de pratique (Baumbusch & Andrusyszyn, 2002) et que chez tous les professionnels de la santé, le choix des soins aigus est placé en tête tandis que les soins gériatriques occupent la dernière place (Gordon, 2004).

Les participantes à cette étude ont identifié la pénurie des ressources comme un facteur affectant simultanément la pratique autonome professionnelle des intervenants ainsi que la pratique interdisciplinaire de l'équipe. C'est pour cette raison que ce facteur figure des deux côtes de la balance dans notre représentation (Figure 11). Nous retrouvons dans les écrits plusieurs auteurs qui confirment que la stabilité des équipes favorise le climat de collaboration interprofessionnelle (Camiré, 2005; D'Amour, 1997;

Viens, 2006) et que la gestion des ressources humaines est un déterminant organisationnel d'une interdisciplinarité réussie (San Martin Rodriguez et al., 2005). Ces auteures ajoutent que l'augmentation de la fréquence dans les contacts quotidiens et réguliers intensifie l'échange d'information, améliore la communication et favorise le développement et le maintien de la confiance entre les membres (D'Amour, 1997; Faria 2009; Manière et al., 2005;). Pour Camiré (2005), la constance dans la composition de l'équipe permet aux professionnels de travailler avec des gens qu'ils apprennent à connaître sur une base régulière. Ce contexte et cette habitude bonifient leur connaissance de la dynamique de leur propre équipe et favorisent la cohésion de l'équipe interdisciplinaire.

Que les participantes identifient plusieurs attributs personnels et facteurs interactionnels favorisant la collaboration interprofessionnelles est un constat attendu puisque plusieurs auteurs ont souligné que les intervenants leur accordent beaucoup d'importance (D'Amour, 1997; Miller 1997; San Martin Rodriguez et al., 2005). Par contre, ce qui est un peu surprenant, c'est que les participantes n'ont identifié aucun autre facteur structurel ou organisationnel affectant la pratique interdisciplinaire dans leur établissement. Elles n'accordent aucun rôle à l'organisation ni aux instances politique et professionnels tel que le MSSS et l'OIIQ, ni à l'ensemble des lois qui régissent les professions. Ceci nous semble d'autant plus surprenant puisque les entrevues ont eu lieu suite à la mise en application de plusieurs lois et nouvelles directives qui affectent directement le travail interdisciplinaire et la pratique quotidienne de ces infirmières, entre autres, la politique sur l'utilisation de contentions et l'implantation du plan thérapeutique infirmier.

Ainsi, depuis 2007, une nouvelle politique sur la mise en application d'une contention physique est rentrée en vigueur à l'IUGM, où la responsabilité d'une application d'une telle mesure ne dépend plus exclusivement du médecin et ne fait plus l'objet d'une ordonnance médicale comme auparavant, mais découle plutôt d'une décision d'équipe interdisciplinaire, dont l'infirmière fait partie intégrante, qui assume cette responsabilité et assure le suivi.

Par ailleurs, l'implantation d'un outil de documentation exigé par l'OIIQ, est le plan thérapeutique infirmier (PTI), est un autre exemple d'un changement qui aurait pu avoir une incidence sur l'interdisciplinarité. Cette nouvelle exigence professionnelle de l'OIIQ a commencé à faire partie intégrante du travail infirmier à l'IUGM depuis 2008. Selon la directrice scientifique de l'OIIQ, le PTI renforce la compétence clinique de l'infirmière et son leadership. Elle ajoute qu'il favorise la collaboration interprofessionnelle et une meilleure concertation interdisciplinaire en facilitant la communication et en mettant en évidence l'évaluation, les stratégies adaptées et le suivi clinique de l'infirmière (Leprohon, 2009). Malgré ces constats, aucun de ces éléments ne fut estimé par les participantes comme influençant leur pratique en interdisciplinarité.

En essayant de mieux comprendre ces résultats, nous avons fait le parallèle avec l'étude de Camiré (2005) qui a eu lieu dans le même milieu et qui visait à explorer les différents déterminants de la collaboration interprofessionnelle au cours de laquelle plusieurs déterminants structurels ont été identifiés par les participants comme favorisant l'interdisciplinarité. Parmi ces déterminants, la présence d'une idéologie et d'une culture organisationnelle soutenant l'interdisciplinarité fut identifiée comme un facteur clé. La gestion par programme, la technostructure de l'organisation et la promotion des compétences professionnelles par la direction sont d'autres facteurs facilitant l'interdisciplinarité qui ont été identifiés. Mais les participants à l'étude menée par Camiré n'étaient pas tous des infirmières. L'échantillon comprenait un médecin, un gestionnaire, un ergothérapeute, un pharmacien, une physiothérapeute ainsi qu'un représentant des loisirs. Cette différence dans l'échantillon sélectionné nous laisse penser que probablement les infirmières donnent moins d'importance aux facteurs organisationnels que les autres professionnels dans cet établissement. Ceci peut être expliqué par le fait que les infirmières sont intéressées par l'expérience concrète et la pratique (Doyon, 2009). De plus, leur centre d'intérêt est le soin de la personne (Kérouac et al., 2003) et elles négligent souvent la conceptualisation et la généralisation (Doyon, 2009) en se concentrant le plus sur les éléments concrets affectant leur pratique quotidienne.

Même si la perception de l'interdisciplinarité des infirmières participantes se situe principalement à un niveau micro (la finalisation et l'intériorisation), nous pensons que plusieurs déterminants organisationnels (méso : la formalisation) et structurels (macro : la délégation) ont une influence considérable sur cette pratique. Étant donné que les expériences relatives à l'interdisciplinarité de la part des infirmières sont généralement assez positives et que nous savons que, d'une part, l'interrelation entre les trois niveaux est essentielle pour aboutir à une collaboration satisfaisante (Lajeunesse, 2009) et, d'une autre part, selon le cadre de D'Amour (1997) les quatre dimensions de l'interdisciplinarité s'influencent mutuellement, nous pouvons alors conclure, qu'entre autres, la présence d'une philosophie valorisant l'interdisciplinarité au sein de l'organisation et la mise en place d'une structure soutenant la pratique de collaboration ont dû contribuer à cette réalité.

Le cadre de référence de D'Amour fut d'une grande utilité dans cette étude. Il nous a permis d'avoir une vision globale du processus et de la structuration de la collaboration interprofessionnelle au sein, non seulement d'une équipe, mais aussi d'une organisation. Il nous a permis de pouvoir analyser et mieux de comprendre certaines forces de la pratique interdisciplinaire qui ont été rapportées par les participantes de cette étude et de soulever aussi des contraintes. Malgré qu'il ait été conçu dans les services de première ligne, nous pensons qu'il peut s'adapter facilement au contexte gériatrique.

À la fin de cette discussion, il n'est guère utile de rappeler l'importance d'une pratique de collaboration entre les différentes disciplines en milieu gériatrique ni le rôle majeur qu'occupe l'infirmière au sein de l'équipe. Mais, tout en tenant compte des limites de cette étude exposées ci-après, un questionnement se pose quand même à savoir si la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières travaillant dans ce milieu leur est particulière ou peut être semblable et commune aux infirmières d'autres milieux?

Omis le rôle de porte-parole de la personne âgée au sein d'une équipe interdisciplinaire, auquel s'ajoute l'absence du proche-aidant lors des réunions interdisciplinaires dans le milieu de l'étude, nous pouvons constater que le rôle de l'infirmière et les déterminants d'une interdisciplinarité réussie sont communs avec ceux d'autres milieux. Nous avons trouvé, dans des études effectuées dans des milieux de soins primaires tel que les GMF, les CLSC et en milieu hospitalier incluant différents départements, les mêmes facteurs ciblés par les participantes de notre étude. Sans pour autant être catégorique, nous pouvons penser que les préoccupations et la vision des infirmières concernant l'interdisciplinarité sont en grande partie transférables à la majorité des infirmières, et ce indépendamment de leur champ de pratique. De plus, nous pouvons ajouter que pour les infirmières, l'importance des caractéristiques interpersonnelles prédomine de loin sur les caractéristiques structurelles ou organisationnelles malgré toute l'importance accordée à ces dernières dans les différents modèles, dans la formation et dans les écrits traitant de l'interdisciplinarité. Ce constat nous mène à se questionner aussi sur l'influence et l'effet de tous les modèles représentatifs de l'interdisciplinarité sur la pratique quotidienne des intervenants de la santé, notamment des infirmières.

Par ailleurs, il semble important de signaler qu'aucune participante n'a mentionné l'enjeu du pouvoir et la dominance médicale. Cependant, dans la grande majorité des écrits, comme cela fut illustré dans la recension des écrits, cet enjeu est majeur. Les différents professionnels de la santé, mais surtout les infirmières, soulignent souvent cet enjeu comme un important frein de la collaboration interprofessionnelle. La portée de notre étude ne permet pas de connaître précisément la raison de cette omission. Cependant deux différentes hypothèses peuvent être avancées. La première suppose que la hiérarchie dans les rapports avec les médecins n'existe pas dans ce milieu et que les jeux de pouvoir n'influencent pas la collaboration interprofessionnelle, la deuxième est qu'une dominance médicale existe depuis si longtemps, qu'elle fait partie intégrante et prenante de la pratique des infirmières de façon qu'elle est devenue la « normalité » et, par conséquence, difficile à identifier.

Limites de l'étude et pistes pour la recherche

Tout en se rappelant que cette recherche vise principalement une meilleure compréhension de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en ce milieu gériatrique, nous abordons maintenant les limites de cette étude et nous proposons des pistes pour des recherches futures qui pourront répondre à certains questionnements.

Premièrement, nous sommes conscientes que le déroulement de l'étude dans un seul établissement peut en limiter la portée en réduisant la possibilité qu'elle soit représentative d'autres centres de santé destinés aux personnes âgées. De plus, comme le milieu choisi est reconnu pour avoir valorisé l'interdisciplinarité et avoir implanté plusieurs mesures facilitant la collaboration interprofessionnelle, notamment des formations sur le sujet, la compréhension des facteurs qui peuvent contraindre le développement de cette collaboration peut être limitée. Par ailleurs, dans ce milieu, à l'inverse de plusieurs autres centres dispensant des services à une clientèle gériatrique, les familles et les proches aidants sont absents lors des réunions interdisciplinaires ce qui teinte d'une couleur différente la dynamique de l'équipe interdisciplinaire et affecte directement le rôle que les infirmières jouent au sein de cette équipe. Il serait donc intéressant d'explorer la perception des infirmières dans d'autres centres de soins gériatriques. Cet exploration pourrait nous renseigner sur les caractéristiques du milieu mentionnées plus haut qui ont une incidence sur la perception des infirmières.

Deuxièmement, de point de vue méthodologique, le choix de l'échantillon peut restreindre la portée de l'étude aussi puisqu'il a été limité aux infirmières travaillant comme assistantes infirmière-chef. Nous n'avons pas inclus les infirmières occupant un poste cadre, entre autres les chefs de service, les gestionnaires, les coordonnatrices, les infirmières cliniciennes spécialisées, l'infirmière responsable de la prévention des infections.... ni les autres infirmières qui n'ont jamais exercé la fonction d'assistante ni les infirmières travaillant sur le quart de nuit. Compte tenu de ces choix, nous ne pouvons pas certifier dans quelle mesure les résultats reflètent la perception de l'interdisciplinarité de toutes les infirmières travaillant en milieu gériatrique.

De plus, le fait que toutes les participantes aux entretiens semi-dirigés n'ont pas pu être présentes à la rencontre de groupe a probablement eu un impact sur la forme finale de la représentation de leur perception, sans pour autant affecter le contenu qui a émergé à partir des propos de toutes les participantes de cette étude. D'autre part, toutes les participantes à cette étude étaient des femmes. Malgré le fait que la profession infirmière soit à prédominance féminine, il semble qu'il existe une nuance dans la perception des rapports sociaux entre les hommes et les femmes de certains groupes professionnels notamment les infirmières et les médecins (Alliot, 2006). Ce constat nous mène à suggérer d'inclure des hommes dans l'échantillon des recherches futures visant à explorer la perception des infirmières et infirmiers sur des phénomènes où les rapports sociaux en ont influence.

Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier la perception de l'interdisciplinarité de la part des autres intervenants membres de l'équipe interdisciplinaire, comme les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les médecins, les travailleurs sociaux, les psychologues, les neuropsychologues, ainsi que les gestionnaires ce qui pourrait fournir une vision encore plus globale de l'interdisciplinarité en milieu gériatrique. Cela permettrait aussi de comparer ces différentes perceptions afin de mieux comprendre certaines aspects distinctifs et par la suite avoir une meilleure compréhension de la réalité de l'interdisciplinarité.

Implications et recommandations

Nonobstant les limites soulignées ci-dessus, cette étude s'inscrit parmi les rares études qui ont tenté de comprendre en profondeur la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique au Québec. Il serait souhaitable que d'autres études continuent dans le même sens pour s'assurer que les résultats soient représentatifs de tous les milieux gériatriques.

Cette étude présente certaines implications pour la formation et pour la pratique de la profession infirmière. Les résultats soulignent la précarité de l'harmonie dans la

collaboration interdisciplinaire et l'instabilité dans sa dynamique fructueuse entre les professionnels. Cette étude peut sensibiliser les infirmières à la possibilité d'une fluctuation dans la dynamique de l'interprofessionnalité. Avisées et mieux préparées, les jeunes infirmières et étudiantes en soins infirmiers pourraient éviter d'avoir un choc face à la réalité de la pratique interdisciplinaire et ainsi réduire les découragements et le désengagement face à la collaboration interprofessionnelle.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont clairement démontré que la communication était le déterminant majeur de la collaboration interprofessionnelle réussie. Afin d'aider au développement des techniques de communications, des ateliers de formation pour les étudiantes en soins infirmiers la communication efficace au sein d'un groupe pourraient les aider à développer une meilleure confiance en elles, des habilités d'expression et une affirmation de leur leadership. En cours d'emploi, des mini conférences ou des séances de formation pour tous les intervenants de l'équipe interdisciplinaire les aideraient à renforcer leurs habilités en communication et à consolider le climat de confiance entre ces professionnels.

Cette recherche démontre aussi que la collaboration interprofessionnelle est un processus très dynamique qui ne doit pas être considéré comme un statut acquis. Sur un ton général, les participantes ont souligné que l'interdisciplinarité représentait pour elles une expérience positive enrichissante et fructueuse. Ainsi, nous pensons que les efforts fournis par l'organisation pour soutenir et encourager cette pratique, ainsi que ceux fournis par les intervenants professionnels doivent être maintenus puisqu'ils ont portés fruit.

Cependant, l'absence de la personne âgée au sein de l'équipe interdisciplinaire peut constituer une contrainte à l'optimisation des effets désirés de l'interdisciplinarité. L'intégration de la personne âgée d'un proche aidant dans l'équipe est fortement recommandée. En cas d'impossibilité, une personne représentant le comité des usagers pourrait représenter l'aîné, à condition qu'elle soit capable et à l'aise de représenter les valeurs et la culture de la personne. Cette mesure permettrait de positionner davantage le

patient au centre de la collaboration et favoriserait le partenariat de la personne âgée et de l'équipe interdisciplinaire. Cette participation redonnerait aussi, à l'aîné et à son proche aidant, du pouvoir tout en se servant de l'appui et du soutien de l'infirmière lors des réunions interdisciplinaires.

Bref, il s'avère important de souligner en conclusion, qu'en maintenant l'effort déployé par les professionnels et les organisations, la collaboration interprofessionnelle devient une réalité concrète, possible et réalisable. Les conséquences de cette collaboration interprofessionnelle, ainsi que ses multiples avantages, deviennent à la portée des professionnels, des bénéficiaires et des organisations. Ceci peut contribuer, entre autres, à l'amélioration de la satisfaction au travail des professionnels, ainsi qu'à l'efficacité et à l'efficience des soins offerts à la clientèle. Ces retombées sont d'une importance évidente dans le contexte actuel du réseau de santé au Québec.

Références

- Alderson, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée entre plaisir et souffrance* (thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- Alliot, L. (2006). La catégorie de sexe dans la perception des rapports sociaux entre médecins et infirmiers, hommes et femmes, à l'hôpital. *Psychologie du travail et des organisations*, 12(4), 231-246.
- Anderson, M. (2004). *Literature Review for Guidelines Development*. Document de travail préparé pour The Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Ottawa.
- Anderson, M., Parent, K., & Huestis, L. (2002). Favoriser la santé mentale des personnes âgées, guide à l'intention du personnel de soins et services à domicile, Association canadienne pour la santé mentale. Récupéré de http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/214_smhhc_hcguide.pdf
- Appelton, J.V. (1997). Constructivism: A naturalistic methodology for nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 13-22.
- Asmar, M. (2007, février). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire, Communication présentée au *congrès international en management*, Liban
- Avet, S. (2008). Les compétences infirmières en gériatrie. *Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 8 (43), 3-7.
- Baggs, J.G., & Schmitt, M.H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in Nursing and Health*, 20, 71-80.
- Baumbusch, L., & Andrusyszyn M.A. (2002) Gerontological content in Canadian baccalaureate nursing programs: Cause for concern? *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(1), 119-129.
- Beaulieu, M.D., Denis, J.L., D'amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon. É.,...
 Lebeau, R. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Rapport de recherche : chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale. Récupéré sur www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrour/chaire/programme.htm
- Belmin, J., Amalberti, F., & Béguin A.M. (2005). *L'infirmière et les soins aux personnes âgées*. Paris, France : Masson.

- Camacho, A.C. (2002). Gerontology and interdisciplinary: relevant aspects to nursing. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (2), 229-233.
- Camiré, F. (2005). *L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soins de longue durée gériatrique* (mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Clark, P.G. (1994). Social, professional and educational values on interdisciplinary team: implications for gerontological and geriatric education. *Educational Gerontology*, 20 (1), 35 – 52.
- Cormier, S. (2006). *La communication et la gestion*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Corser, W. (1998). A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: the management of traditional influences and personal tendencies. *Scholar Inquiry for Nursing Practice*, 12 (4), 325-341.
- Copnell, B., Johnston, L., Harrison D., Wilson, A., Robson, A., Mulcahy, C., ...Best, C. (2004). Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of clinical nursing*, 13 (1), 105 – 113.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1997). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- D'Amour, D. (1999). L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17 (3), 67- 94.
- D'Amour, D. (2001). La collaboration entre les infirmières et les médecins de familles, pourquoi et dans quelles conditions? *Rupture*, 8 (1), 136-145.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé, Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds.), *Les soins infirmiers – vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.

- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F., & Remondin, M. (2003). *Comparative study of inter-organizational collaboration and its effects in four Quebec socio-sanitary regions: the case of perinatal care*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.
- D'Amour, D., Beaulieu, M.D., San Martin Rodriguez, L., & Ferrada-Videla M. (2004). Key Elements of Collaborative Practice & Frameworks: Conceptual Basis for Interdisciplinary Practice. Dans Oandasan, I. et al. (Éds.), *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice* (pp. 63-97). Ottawa, Canada : Santé Canada.
- De Bouvet, A., & Sauvaige, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière pour une créativité éthique*, Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- De Coninck, P. (1996). Stratégies d'optimisation d'écosystèmes régionaux : De la disciplinarité à la transdisciplinarité. *Info-stopper*, 4 (1), 3-7.
- DeMarco, R., Horowitz, J. A., & McLeod, D.(2000) A call to interprofessional alliances. *Nursing Outlook*, 48, 172-178.
- Deschenaux, F., & Bourdon S. (2005). *Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 2.0*. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Nvivo_2.0.pdf
- Doyon, O. (2009, Octobre). *Le développement de la compétence infirmière en surveillance clinique : un nouvel éclairage*. Communication présentée au congrès annuel de l'OIIQ, Québec.
- Engelstein, A., Marsais, M., & Michot, P. (2004). *L'équipe soignante en gériatrie, des spécificités à prendre en compte*. Récupéré de www.gerosante.fr/IMG/pdf/equipe_soignante.pdf
- Engelstein, A. (2005). L'interdisciplinarité, une nécessité en gériatrie, *Soins gérontologie*, (55), 46-47.
- Evanoff, B., Potter, P., Wolf, L., Grayson, D., Dunagan, C., & Boxerman, S. (2004). *Can We Talk? Priorities for Patient Care Differs Among Health Care Providers. Advances in Patient Safety: Research findings*. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=aps>
- Faria, C. (2009). *Nurse practitioner perceptions and experiences of interprofessional collaboration with physicians in primary health care settings* (mémoire de maîtrise inédit). Queen's University.

- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, (2001). *Une révision professionnelle appuyée sur des constats dans l'avis au groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel*. Québec.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royale, Québec: Décarie.
- Fourez, G. (1998). Se représenter et mettre en œuvre l'interdisciplinarité à l'école. *Revue des sciences de l'éducation, XXIV*(1), 31-50.
- Fourez, G. (2001). Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 66 (septembre), 16-22.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: dynamique de l'action organisée*. Paris, France: Seuil.
- Gitlin, L. N., Lyons, K. J., & Kolodner, E. (1994). A model to build collaborative research educational teams of health professionals in gerontology. *Educational Gerontology*, 20(1), 15-34.
- Gladstein, D. (1984). Groups in context : A model of task group effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 29, 499-517.
- Gordon, M. (2004). L'humanité dans les soins de longue durée: défis éthiques, cliniques et sociaux. *Le médecin de famille canadien*, 50, 1632-1635.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Forth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hallas, D., Butz, A., & Gitterman, B. (2004). Attitudes and beliefs for effective pediatric nurse practitioner and physician collaboration. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(2), 77 – 86.
- Hansen, H.E., Biros, M.H., Delaney, N.M., & Schug V.L., (1999). Research Utilization and Interdisciplinary Collaboration in Emergency Cared. *Academic Emergency Medicine*, 6 (4), 271-279.
- Hayward, L. M., DeMarco, R., & Lynch, M. M. (2000). Interprofessional collaborative alliances: health care educators sharing and learning from each other. *Journal of Allied Health*, 29(4), 220-226.

- Henneman, E.A., Lee, J.L., & Cohen, J.I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109.
- Hojat, M., Gonnella, N., Thomas, J., Fields, S.K., Cicchetti, A., Scalzo, A. L., Taroni, F., ... Torres-Ruiz, A. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on total and factor scores of Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationship. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (4), 427-435.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2008). *Planification stratégique 2008-2011* [Brochure]. Montréal, Canada.
- Ivey, S., Brown, K., Teske, Y., & Siverman, D. (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 8, 189 - 195.
- Jones, L., & Way, D. (2004). *Composantes de la pratique – prestation de soins primaires aux canadiens : collaboration entre les infirmières et infirmières praticiennes et les médecins*. Publication de l'association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Jordan, S., & Hughes, D. (1998). Using bioscience knowledge in nursing: Actions, interactions and reactions. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1060 – 1068.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*, (2^e éd.) Laval, Québec: études vivantes.
- Lajeunesse, J. (2009). *La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague* (mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Landry, D. (1999). Souffrances des soignants en gériatrie et leur nécessaire accompagnement : Les endeuillés. *Gérontologie et société*, (90), 203-220.
- Lebel, P., & Massé-Thibodeau, G. (2004). *Formation à l'interdisciplinarité*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Québec.
- Lebel, P., Leduc, N., Kergoat, M.-J., Latour, J., Leclerc, C., Béland, F., & Contandriopoulos, A.-P. (1999). Un modèle dynamique de la fragilité. *L'année gérontologique*. 13, 84-94.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris, France: Dunod.
- Leppa C. (2004). The nature of long term nursing work. *Journal of Gerontological Nursing*, (mars), pp 26-33.

- Leprohon, J., (2009, Octobre) *Le PTI clé maîtresse pour un leadership clinique renouvelé*. Communication présentée au congrès annuel de l'OIIQ, Québec.
- Légaré, J., (2003). Un siècle de vieillissement démographique. Dans V. Piché & C. Le Bourdais, (Éds.), *La démographie québécoise* (pp. 176-192). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lehoux, P., Levy, R., & Rodrigue, J. (1995). Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4e génération. Vers la conceptualisation d'une pratique en médecine familiale. *Ruptures*, 2, (1), 56 -72.
- Lepage, K., (2008). *Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille* (mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/>
- Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9 (5), 276-280.
- Loiselle C.G., Profetto-McGrath J., Polit D. F., & Beck C. T. (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Manière, D., Aubert, M., Mourey, F., & Ouata, S. (2005). *Interprofessionnalité en gériatrie, travailler ensemble : Des théories aux pratiques*. Paris, France : Éditions Érès.
- Mansourimoaied, M., Boman, K., & Causley, T. (2000). Nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration. *Nursing Connections*, 13(1), 21-31.
- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285-288.
- Miller, J. (2004). Level of RN educational preparation: Its impact on collaboration and the relationship between collaboration and professional identity. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36 (2), 132-147.
- Miller, S. (1997). Midwives' and physicians' experiences in collaborative practice: a qualitative study. *Women's Health Issues*, 7, 301 – 308.
- Miles M. B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitative: Recueil de nouvelles méthodes* (2e éd.). Paris, France : DeBoeck.
- Milisen, K., Foreman, MD., Abraham, IL., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E., Fischler, B.,... Broos, PL. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 523-532.

- Neale, J. (1999). Nurse practitioners and physicians: a collaborative practice. *Clinical Nurse Specialist*, 13 (5), 252-258.
- Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*. Mémoire présenté au groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel. Québec.
- Office des professions du Québec (2003). Présentation de la loi 90 aux représentants du réseau de la santé. Récupéré de http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Loi90-pres_03-01-16.pdf
- Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarentein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M D., ... Reeves., S. (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice research and findings report*. Publications de Santé Canada, Ottawa.
- Oandasan, I., & D'Amour, D. (2004). IECPCP Framework. Dans I. Oandasan, D'Amour, D., Zwarentein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M D., ... Reeves., S. (Éds.), *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. (pp. 240-266). Ottawa: Santé Canada.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative valuation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Patton, M.Q. (2002). Qualitative research and evaluation methods. Dans D. Laughton, V. Novak & D. Axelson (Éds.), *Strategic Themes in Qualitative Inquiry* (pp. 37-73), Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Reeves, S., & Lewin. S., (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9 (4), 218-225.
- Rafferty, A.M., Ball, J., Aiken, L.H., & Fagin, C.M. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?. *Quality in Health Care*, 10, 32-37.
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective Infirmière*, 2 (1), 17-26.

- Saillant, F. (1999). Les soins, phénomène social total : plaidoyer pour une pratique ancrée de l'interdisciplinarité. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds.), *Soins infirmiers et société*, (pp. 159-174). Boucherville, Québec: Gaëtan Morin.
- Sandragne, H., & Bonnery A.-M. (2006). L'adaptation des compétences gérontologiques à l'évolution des métiers. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, XIII (127), 326-329.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, MD., D'amour, D., & Ferrada-Videla M., (2005). *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. Récupéré dans http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/JIC%20San%20Martin%20Rodriguez.pdf
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2007). Validation of an intensity of interprofessional collaboration questionnaire. *Enfermería clínica*, 17(1):24-31.
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2008). Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing*, 31(2), 18-27.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données* (3^e éd.), (pp. 263-285). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schofield, R. S., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings : Are they effective?. *Health and Social Work*, 24(3), 210-219.
- Shortell, S., Rousseau, D., Devers, K., Gillies, R., & Simons T. (1991). Organizational Assessment in Intensive Care Units: Construct Development, Reliability, and Validity of the ICU Nurse-Physician Questionnaire. *Medical Care*, 29 (8), 709-727.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medecine*, 55, 991-1003.
- Statistique Canada (2009, 22 avril). *Enquête nationale auprès des diplômés de la promotion de 2005 : Proportion de femmes diplômées dans divers domaines d'études*. Récupéré le 8 août 2009 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/2009074/profile-profil-fra.htm>
- Sterchi, L.S. (2007). Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal*, 86 (1), 45-57.

- Tesch, R. (1990). The mechanics of interpretational qualitative analysis. *Qualitative reasearch: Analysis types and software tools* (pp. 115 -146). New York, NY: Falmer Press.
- Vazirani, S., Hays, R.D., Shapiro, M.F., & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physician and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71-77.
- Vézina, A., & Pelletier D. (2004). La participation à l'aide et aux soins des conjoints et des enfants auprès de personnes âgées nouvellement hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. *La Revue canadienne du vieillissement*, 23(1), 59-72.
- Viens, N. (2006). *L'interdisciplinarité dans un CHU: Vers une approche contingente de soins* (mémoire de maîtrise inédit). L'École nationale d'administration publique.
- Voyer, P. (2000). L'interdisciplinarité, un défi à relever pour les professionnelles de la santé. *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, (Mai), 39-44.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, une approche adaptée aux CHSLD*. Montréal, Canada : Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Way, D., Jones, L., Baskerville, B., & Busing, N,. (2001). Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Canadian Medical Association Journal*, 165 (9), 1210 – 1214.
- Way, D., Jones, L., & Busing, N. (2000). *Implementation strategies: Collaboration in primary care – family doctors & nurse practitioners delivering shared care*. Toronto: The Ontario College of Family Physicians.
- West, M. A., Borril, C. S., & Unsworth, K. L. (1998). Team effectiveness in organizations. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 13, 1-48.
- Williams M., Pulliam C., Hunter R., Johnson T., Owens J., Kincaid J., ... Koch G (2004) . The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *Journal of American Geriatrics Society*, 52 (1), 93-98.
- Wylie, D.M. (1994). Interdisciplinary teams and group process. Dans J.M. Hibber & M.E. Kyle (Éds.), *Nursing management in Canada* (pp. 501-515). Toronto, ON : W.A. Saunders.
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000072.

Annexe A

Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET

Exploration de la perception de l'interdisciplinarité des infirmières en milieu gériatrique

RESPONSABLE(S) DU PROJET

Annette Leibing, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Jouhayna Zahreddine, infirmière, candidate à la maîtrise, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

PRÉSENTATION DU PROJET ET OBJECTIFS

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Le but de cette recherche est d'explorer la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières exerçant dans un milieu gériatrique.

NATURE ET DURÉE DE VOTRE PARTICIPATION

La participation à ce projet de recherche consiste en deux rencontres. Au cours de la première rencontre vous aurez une entrevue individuelle d'une heure avec la chercheuse principale. La deuxième rencontre est une discussion de groupe en présence de collègues infirmières à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Les entrevues auront lieu en dehors des heures de travail, dans un local situé à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elles seront enregistrées sur audiocassettes.

Au cours de ces entrevues, vous serez invitée à donner votre perception sur les atouts et les obstacles qui interfèrent dans le travail interdisciplinaire en milieu gériatrique, ainsi que sur l'apport individuel des professionnels à ce travail.

Un résumé de la transcription de votre entrevue vous sera remis par la chercheuse principale. Vous pourrez alors procéder à des modifications que vous jugerez utiles : ajouts, suppressions ou nuances des propos. Ces données seront utilisées pour l'analyse et la production des résultats de la recherche.

Il est important de mentionner que la qualité de l'étude dépend de votre implication active aux entrevues et de l'authenticité des propos que vous formulerez.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Vous ne retirerez aucun avantage de votre participation à ce projet si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps consacré à votre participation, vous pourriez ressentir un certain état de frustration, de stress ou de fatigue.

RISQUES

Votre participation à ce projet de recherche ne vous fait courir, sur le plan médical, aucun risque que ce soit.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Aucune compensation financière n'est prévue pour votre participation à l'étude en dehors de vos heures de travail.

INFORMATION CONCERNANT LE PROJET

On répondra à votre satisfaction à toute question que vous poserez à propos du projet de recherche auquel vous acceptez de participer.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire, et que vous restez à tout moment libre de mettre fin à celle-ci sans avoir ni à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

En cas de retrait, les données vous concernant pourront être détruites à votre demande.

ARRÊT DU PROJET PAR LE CHERCHEUR

Le projet de recherche peut être interrompu par les chercheurs pour différents motifs ou dans certaines circonstances, par exemple, des contre-indications d'ordre éthique ultérieures ou l'établissement de nouveaux critères de sélection auxquels vous ne répondriez plus.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs responsables du projet recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans vos dossiers médicaux concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les résultats de tous les tests, examens et procédures que vous aurez à subir lors de ce projet de recherche. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche dans un lieu sécuritaire.

Les chercheurs responsables utiliseront les données du projet de recherche à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Vos renseignements personnels seront détruits cinq ans après la fin du projet de recherche.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, par une personne mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier l'exactitude des renseignements recueillis aussi longtemps que les chercheurs responsables du projet de recherche, l'établissement ou l'institution de recherche détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet de recherche, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

SIGNATURES

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet, de la nature et de l'ampleur de ma participation, ainsi que des risques auxquels je m'expose tels qu'exprimés dans le présent formulaire. Je sais qu'une copie de celui-ci figurera dans mon dossier médical.

— Nom du sujet

Signature du sujet

Fait à _____, le _____.

Je, soussigné(e) _____, certifie :

- a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

— Nom du chercheur ou de son représentant

Signature du chercheur ou de son
représentant

Fait à _____, le _____.

ACCÈS AUX CHERCHEURS

Pour toute information supplémentaire dont vous aurez besoin, vous pouvez communiquer avec madame Annette Leibing au numéro (xxx) xxx-xxxx ou avec madame Jouhayna Zahreddine au numéro (xxx) xxx xxxx.

EN CAS DE PLAINTÉ

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, faire part de vos préoccupations au responsable des plaintes de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal à l'adresse suivante : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, xxxx, chemin Queen Mary, Montréal (XXX XXX). Tél. : (xxx) xxx-xxxx

INFORMATION SUR LA SURVEILLANCE ÉTHIQUE

<p>Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout le déroulement de la recherche. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité d'éthique de la recherche au (514) xxx xxxx poste xxxx.</p>

Annexe B

Autorisation du Comité d'éthique de la recherche de l'IUGM



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

Montréal, le 4 avril 2007

Madame Annette Leibing, Ph.D.
Madame Jouhayna Zahreddine, inf.
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
2375, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, Québec H3T 1A8

OBJET : Votre projet de recherche intitulé : «**Modélisation de la perception de l'interdisciplinarité des infirmières en milieu gériatrique**» (réf. : 2007-0402).

Mesdames,

Le comité d'éthique de la recherche remercie madame Jouhayna Zahreddine d'être venue apporter les clarifications nécessaires à l'évaluation du projet de recherche cité en rubrique, au cours de sa réunion du 3 avril 2007.

Votre projet est accepté sur le plan éthique sous réserve d'apporter les précisions au protocole et les modifications demandées au formulaire de consentement.

Protocole

Le Comité prend note des commentaires émis par le comité d'évaluation de l'Université de Montréal, soit :

- Ce projet de recherche est une *exploration* de la perception de l'interdisciplinarité et non sa *modélisation*.
- L'utilité d'ajouter un questionnaire socio-démographique en vue d'enrichir les données.

Par ailleurs, selon les explications fournies, vous comptez élargir votre recherche en y intégrant, éventuellement, l'URFI et l'hôpital de jour.

Formulaire de consentement

Nous joignons à la présente le formulaire de consentement modifié conformément au *Guide à l'intention des chercheurs* et aux remaniements en cours. Veuillez nous signifier votre acceptation de cette version et en accuser réception.

Pavillon Côte-des-Neiges

Siège social
4565, chemin Queen-Mary
Montréal (Québec) Canada H3W 1W5
☎ (514) 340-2800
☎ (514) 340-2802

Pavillon Alfred-DesRochers

5325, avenue Victoria
Montréal (Québec) Canada H3W 2P2
☎ (514) 340-2800
☎ (514) 731-2136

Page 1 sur 2
Site Internet

www.iugm.qc.ca

Afin de faciliter le suivi du comité, nous vous demandons de faire parvenir à l'attention de la présidente votre réponse, en indiquant dans toute correspondance le numéro de référence du comité d'éthique de la recherche mentionné en rubrique (ici 2007-0402).

Il est entendu que vous ne pouvez commencer le recrutement des sujets avant d'avoir reçu le rapport d'établissement attestant de l'approbation définitive du comité d'éthique de la recherche de l'Institut.

Lorsque vous effectuerez votre recherche, vous voudrez bien communiquer avec Mme Johanne Dupuis, au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal afin d'assurer la meilleure coordination possible.

Si vous désirez davantage d'information sur les modifications demandées, n'hésitez pas à communiquer avec mon adjointe, madame Gisèle Semerjian, au poste

Je vous souhaite bonne chance dans la réalisation de ce projet et vous prie d'agréer, Mesdames, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Paule Savignac
Présidente du comité d'éthique de la recherche

P.J.

PS/gs

Annexe C
Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Question du début :

Parlez-moi de votre expérience en travail interdisciplinaire comme infirmière à l'IUGM.

<u>Scénario 1:</u> si l'infirmière expose juste les atouts et les avantages de l'interdisciplinarité	<u>Scénario 2:</u> si l'infirmière expose juste les obstacles et les difficultés de l'interdisciplinarité
Vous avez exposé des avantages reliés au travail interdisciplinaire. Est-ce que vous pouvez me parler d'une expérience ou me donner un exemple dans lequel l'interdisciplinarité était source de difficultés pour le soin dispensé au patient ou pour certains professionnels ou pour vous?	Vous avez exposé certains problèmes reliés au travail interdisciplinaire. Est-ce que vous pouvez me parler d'une expérience ou me donner un exemple dans lequel l'interdisciplinarité a amélioré le soin dispensé au patient et était atout pour vous ou pour l'équipe?

Questions pour explorer et comprendre la finalisation de l'interdisciplinarité

- Quels sont, d'après votre expérience, les facteurs qui influencent l'interdisciplinarité dans votre milieu de travail positivement et négativement?
- Comment voyez-vous l'apport de l'infirmière au travail interdisciplinaire en gériatrie? Quel est son rôle en interdisciplinarité?
- Qu'est-ce que, selon vous, l'interdisciplinarité apporte à la profession infirmière?
- Comment vous expliquez à vos collègues infirmières l'intérêt (ou pas) de travailler en interdisciplinarité avec les autres professionnels?

Questions pour explorer et comprendre l'intériorisation de l'interdisciplinarité

- Comment voyez-vous l'apport des autres professionnels au travail interdisciplinaire?

- Comment se fait le partage des tâches au sein de l'équipe?
- Comment percevez-vous et expliquez-vous le chevauchement des rôles et des tâches entre les différents professionnels au sein d'une équipe interdisciplinaire?

Questions pour explorer la formalisation et la délégation

- Est-ce qu'il y a, selon vous, des facteurs provenant de l'extérieur de l'équipe qui peuvent influencer l'interdisciplinarité à l'intérieur de l'équipe?
- Est-ce que vous pensez que d'autres instances peuvent affecter l'interdisciplinarité? Si oui, de quelle façon? (question ajoutée en cours d'analyse)?
- Est-ce que vous pensez que l'organisation ou d'autres instances ont un rôle à jouer pour promouvoir l'interdisciplinarité? (question ajoutée en cours d'analyse)?

Question de la fin

- Est-ce que vous voulez parler d'autres éléments que vous jugez importants et que nous n'avons pas abordés?

Annexe D
Questionnaire socio-démographique

Questionnaire socio-démographique

Caractéristiques personnelles

Nom : _____

Âge : _____

Sexe : _____

Caractéristiques professionnelles

Titre d'emploi : _____

Nombre d'années d'expérience en soins de santé : _____

Nombre d'années d'expérience en milieu gériatrique : _____

Caractéristiques académiques

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Formation supplémentaire

